

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**RESULTADOS PERINATALES DE MADRES CON PREECLAMPSIA SEGÚN  
TIPO DE PARTO - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -  
TACNA - 2016**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Monica Ruth Chaparro Quispe**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA DE OBSTETRICIA**

**TACNA – PERÚ**

**2017**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**RESULTADOS PERINATALES DE MADRES CON PREECLAMPSIA  
SEGÚN TIPO DE PARTO – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE –  
TACNA - 2016**

**TESIS**

**Presentada por:**

**BACH. MONICA RUTH CHAPARRO QUISPE**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:



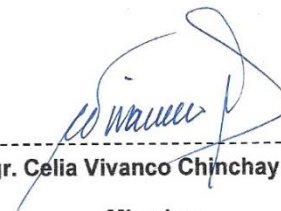
-----  
**Dra. Rinna Pilco Velásquez**

**Presidente**



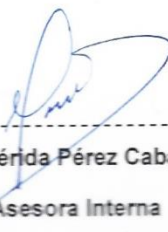
-----  
**Dra. Olga Choque Chura**

**Secretaria**



-----  
**Mgr. Celia Vivanco Chinchay**

**Miembro**



-----  
**Mgr. Nérida Pérez Cabanilla**

**Asesora Interna**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres, mi madre Flora Quispe por enseñarme a ser valiente en la vida y seguir adelante a pesar de las adversidades, a mi padre Dolfio Chaparro por sus sabios consejos y por el amor infinito que siempre ambos me brindan, así como mi querido hermano Juan Carlos.*

*A mi novio Efrain Ginez que con su apoyo constante y su amor incondicional, ha sido mi compañero inseparable, fuente de calma, consejo en todo momento. Este trabajo es para ustedes ya que contribuyeron al logro de mis objetivos.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por darme la vida y porque siempre ilumina mi camino, para tomar la mejor decisión.*

*A mi familia, que me han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.*

*A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para terminar mi tesis, en especial a mis asesoras que me incentivaron para poder culminar el presente trabajo.*

*A mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.*

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xi
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema .....	4
1.2 Formulación del problema .....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivo específicos .....	8
1.4 Hipótesis.....	9
1.4 Importancia y justificación.....	9

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1	Antecedentes del estudio.....	13
a)	En el ámbito internacional.....	13
b)	En el ámbito nacional.....	17
c)	en el ámbito local.....	21
2.2	Bases teóricas .....	22
2.2.1	Estados Hipertensivos del embarazo .....	22
2.2.2	Periodo Perinatal.....	30
2.2.3	Término de la gestación .....	32
2.3	Marco conceptual .....	42

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1	Tipo de Investigación .....	45
3.2	Diseño de Investigación.....	45
3.3	Población y Muestra de Estudio .....	45
3.3.1	Población .....	46
3.3.2	Muestra .....	46
3.3.3	Criterios de selección .....	46
3.4	Variables de Estudio. ....	47

3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	47
3.5.1	Técnica.....	47
3.5.2	Instrumento .....	48
3.6	Procesos de recolección de datos. ....	48
3.7	Operacionalización de variables. ....	49

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN .....	86
CONCLUSIONES .....	93
RECOMENDACIONES.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS.....	103

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1: Frecuencia de preeclampsia según tipo de parto - Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2016	52
TABLA 2: Vía de parto de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna - 2016	54
TABLA 3: Características sociodemográficas de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	56
TABLA 4: Apgar al minuto del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	59
TABLA 5: Apgar a los 5 minutos del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	61
TABLA 6: Sexo del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	63

TABLA 7: Edad gestacional de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	65
TABLA 8: Peso al nacer del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	67
TABLA 9: RCIU del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	69
TABLA 10: Hipoxia fetal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	71
TABLA 11: Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	73
TABLA 12: Reanimación respiratoria del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	75
TABLA 13: Sepsis neonatal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	77

TABLA 14: Ictericia neonatal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	79
TABLA 15: Ingreso del recién nacido a UCIN de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	81
TABLA 16: Muerte neonatal de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	83

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Frecuencia de preeclampsia según tipo de parto - Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2016	53
GRÁFICO 2: Vía de parto de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna - 2016	55
GRÁFICO 3: Características sociodemográficas de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	58
GRÁFICO 4: Apgar al minuto del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	60
GRÁFICO 5: Apgar a los 5 minutos del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	62
GRÁFICO 6: Sexo del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	64

GRÁFICO 7: Edad gestacional de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	66
GRÁFICO 8: Peso al nacer del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	68
GRÁFICO 9: RCIU del recién nacido de madres con preeclampsia - hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	70
GRÁFICO 10: Hipoxia fetal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	72
GRÁFICO 11: Síndrome de distress respiratorio del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	74
GRÁFICO 12: Reanimación respiratoria del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	76
GRÁFICO 13: Sepsis neonatal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	78

GRÁFICO 14: Ictericia neonatal del recién nacido de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	80
GRÁFICO 15: Ingreso del recién nacido a UCIN de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	82
GRÁFICO 16: Muerte neonatal de madres con preeclampsia - Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016	84

## RESUMEN

El presente estudio se centró en determinar los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto- Hospital Hipólito Unanue – Tacna - 2016; se realizó un estudio no experimental, descriptivo, comparativo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra está constituida por 190 recién nacidos de madres con preeclampsia. Los resultados perinatales en parto vía abdominal: 7,18% presentaron depresión leve o severa al minuto, 2,76% con depresión a los 5 minutos, 28,73% prematuros, 23,76% con bajo peso y 17,13% con alto peso, 2,21% RCIU, 4,42% sepsis e ictericia neonatal respectivamente, 3,87% tuvieron SDR, 1,1% tuvieron reanimación por mascarilla o intubación, 18,23% ingresaron a UCIN, y fallecieron 3,31%. En parto vía vaginal: el 11,11% presentaron sepsis neonatal, ictericia, prematuridad, peso al nacer de 4000 gramos a más, depresión severa al minuto de nacer y tuvieron reanimación respiratoria por mascarilla respectivamente, 22,22% ingresaron a UCIN. Se concluye que los recién nacidos de madres con preeclampsia, cuyo parto terminó por vía abdominal, presentaron deficientes resultados. Se acepta la hipótesis H1 porque el tipo de parto influye en los resultados perinatales.

Palabras clave: resultados perinatales, preeclampsia, tipo de parto.

## **ABSTRACT**

The present study focused on determining the perinatal outcomes of mothers with preeclampsia according to type of delivery- Hospital Hipólito Unanue - Tacna - 2016; a non-experimental, descriptive, comparative, retrospective and cross-sectional study was carried out. The sample consists of 190 newborns of mothers with preeclampsia. Perinatal results in abdominal delivery: 7.18% had mild or severe depression at one minute, 2.76% with depression at 5 minutes, 28.73% premature, 23.76% with low weight and 17.13% with high weight, 2.21% RCIU, 4.42% sepsis and neonatal jaundice respectively, 3.87% had RDS, 1.1% had resuscitation by mask or intubation, 18.23% entered NICU, and died 3.31%. In vaginal delivery: 11.11% presented neonatal sepsis, jaundice, prematurity, birth weight of 4000 grams or more, severe depression at birth and had respiratory resuscitation by mask respectively, 22.22% entered NICU. It is concluded that the newborns of mothers with preeclampsia, whose delivery ended by abdominal route, showed poor results. H1 hypothesis is accepted because the type of delivery influences perinatal outcomes.

Key words: perinatal results, preeclampsia, type of delivery

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en el Perú y origina hasta el 10 % de muertes perinatales y el 15 % de cesáreas.

(1) En la Región de Tacna la preeclampsia se presenta en 5,56% atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, las enfermedades maternas no relacionadas al embarazo como hipertensión y diabetes están consideradas como causa de muerte en 17 de cada 100 defunciones fetales notificadas (2). Los partos por vía abdominal se incrementan cada vez más, reflejándose en 52% en el año 2016 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el cual significaría que la población femenina está teniendo complicaciones durante la gestación o parto.

La mortalidad perinatal está muy relacionada al corto tiempo de gestación. (2) Un reciente estudio de alcance mundial y realizado hasta el 2015, año que marca el final de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, enfatiza que las complicaciones neonatales relacionadas al parto prematuro, complicaciones intraparto, anomalías congénitas, sepsis neonatal y meningitis, a nivel mundial son las principales causas de mortalidad neonatal y que no se han reducido de manera importante en los últimos 20 años. (3)

La edad gestacional promedio de las defunciones neonatales notificadas a nivel nacional es de 33 semanas y la proporción de neonatos fallecidos prematuros es de 70%, proporción que es superada por la Región de Tacna. (2)

El objetivo de esta investigación pretende determinar los resultados perinatales obtenidos según tipo de parto de madres con diagnóstico de preeclampsia, siendo que la responsabilidad y la decisión de terminación de la gestación recae en el trabajador de salud y se espera que se estén tomando las mejores decisiones para la salud materno- perinatal.

Aunque puede existir controversia en la modalidad de parto en preeclampsia leve y severa, ya que por fisiopatología la preeclampsia es un problema de endotelios que disminuye el flujo de nutrientes y oxígeno al feto por parte de la madre, y esta demanda se incrementa durante el trabajo de parto por lo que varios autores señalan que la terminación de la gestación debería ser por vía abdominal en preeclampsia severa y vía vaginal en preeclampsia leve.

También detallan que la cesárea es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal, se debe tener en cuenta que la cesárea no es procedimiento inocuo, numerosos estudios calculan que su morbilidad es 20 veces mayor que la de un parto vaginal obteniendo resultados perinatales no deseados.

Por tales motivos resulta de gran importancia un buen diagnóstico de la patología y medidas de conductas adecuadas para este problema de salud, que como se sabe podría causar graves complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

En el Perú, la mortalidad fetal y neonatal son eventos de alta frecuencia, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015 (ENDES 2015), la tasa de Mortalidad Perinatal fue 13 defunciones por mil embarazos de siete o más meses (2), mientras que en Tacna la tasa de mortalidad perinatal es 10,57 por 1000 nacidos vivos (DRST 2016).

En los últimos años la tendencia de la morbi-mortalidad perinatal se incrementa desde el año 2011. (4) Pero a su vez se observa una tasa de mortalidad neonatal en el Perú que se reduce en 63%, de 27 muertes por 1000 nacidos vivos en 1992 a 10 en el año 2015 manteniéndose desde el año 2012 con esta cifra. (5)

La ocurrencia de defunciones fetales y neonatales son eventos de notificación obligatoria en el país desde el año 2010 y es el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades el responsable de conducir el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SVPN). En promedio se notifican semanalmente 61 defunciones fetales y 56 defunciones neonatales (5), siendo estos datos los que nos permite evidenciar el incremento de malos resultados perinatales.

Los resultados perinatales son reflejados también por la baja calidad de la atención del parto produciéndose muertes fetales intraparto siendo estas las más frecuente en la sierra del Perú, para el 2016 La Libertad, Cajamarca, Huánuco, Amazonas y Cuzco notificaron mayor número de defunciones. (4)

Por lo cual se necesita identificar los escenarios de riesgo y prioridad de intervención en el parto y evitar una incidencia significativa de parto por vía abdominal.

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por vía abdominal (cesárea) para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (6)

Así mismo estos resultados perinatales se ven afectados por complicaciones maternas durante la gestación como los trastornos hipertensivos en 31% según ENDES 2015 que ocupa el segundo lugar de mortalidad materna y conlleva múltiples complicaciones perinatales entre ellos la prematuridad que se encuentra como principal causa de muerte neonatal. En Tacna

más del 80% de los neonatos fallecido en el 2016 fueron prematuros, por otro lado el 30% de los recién nacidos vivos fallecieron dentro del periodo neonatal. (4)

Estas complicaciones provocan la mortalidad materna y perinatal, tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo, la diferencia radica en que en los países desarrollados hay establecimientos de salud más preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a emergencias que se presentan en la actualidad.

Cabe mencionar que el problema de la mortalidad materna perinatal se hace bastante complejo en países subdesarrollados que se caracterizan por presentar altos índices de analfabetismo, barreras culturales, sistemas de salud en su organización y con escasa capacidad de atención. (7)

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto – Hospital Hipólito Unanue de Tacna – 2016?

## **1.3 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto – Hospital Hipólito Unanue de Tacna – 2016

### **1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar la frecuencia de preeclampsia y tipo de parto atendidos en el HHUT en el 2016.
- Determinar los factores sociodemográficos de madres con preeclampsia atendidas en el HHUT.
- Identificar los resultados perinatales en parto por vía abdominal de madres con preeclampsia atendidas en el HHUT.

- Identificar los resultados perinatales en parto por vía vaginal de madres con preeclampsia atendidas en el HHUT.
- Comparar los resultados perinatales según vía de parto atendidos en el HHUT

#### **1.4 HIPÓTESIS**

**Ho:** El tipo de parto no influye en los resultados perinatales de madres con preeclampsia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**H1:** El tipo de parto influye en los resultados perinatales de madres con preeclampsia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **1.5 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN.**

La mortalidad perinatal registrada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna es de 63 casos (SIP 2016 HHUT), producido

por múltiples causas, entre ellas está la preeclampsia que resulta un problema de salud que afecta a la madre y trae resultados perjudiciales para el recién nacido.

Sin embargo este problema de salud materna- perinatal es aún más severo en países en desarrollo, el manejo de estas patologías se hace cada vez más tardío e ineficaz por que el diagnóstico no se hace en forma precoz y oportuna, pero este problema se complica aún más con la preeclampsia por su aparición inesperada durante la gestación, por tal motivo es necesario contar con un control efectivo de la gestación y estar atentos a los signos que puedan referir su aparición, además sugerir medidas preventivas a toda la población expuesta, pues se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales.

Realizamos la presente investigación para describir los resultados perinatales en parto vía abdominal y vaginal comparándolos y apreciar cuales son los resultados más favorables, pues se encontró mayor incidencia de parto por vía abdominal con un 52% (SIP 2016 HHUT) lo que nos hace pensar que se está tomando poco interés en los beneficios que

existen para la madre y recién nacido la terminación del embarazo por vía vaginal, sin embargo en la patología de una enfermedad hipertensiva como es la preeclampsia la terminación del embarazo debe ser en forma inmediata evaluando el riesgo materno-perinatal. En las guías del Hospital Hipólito Unanue la vía de parto debe ser evaluada en forma individualizada, siendo preferible el parto vaginal en casos de hipertensión gestacional o en preeclampsia leve. (8)

Así mismo el tema que se aborda es de interés social pues involucra a toda la población en especial a las gestantes y al recién nacido; teniendo en consideración que el personal de salud debe estar capacitado para resolver patologías ocasionadas por la gestación y brindar una atención de calidad. Por ello es importante que los conocimientos que se adquieran en esta investigación serán nuevos para la población interesada de nuestra región que ayudara a toma de medidas, como la implementación de los protocolos de atención encaminados a realizar intervenciones que conduzcan a los mejores resultados posibles ofreciendo mejores posibilidades de supervivencia a la

madre y al recién nacido y así mismo sirva de base para futuras investigaciones sobre el tema.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO.**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

##### **En el ámbito internacional.**

En Cuba la Dra. Sáez C. en su investigación: "Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo" encontró que:

La prematuridad fue más frecuente en las pacientes con eclampsia y preeclampsia, el peso medio de los neonatos fue inferior en las pacientes con eclampsia, hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida y preeclampsia, la mayor frecuencia de mortinatos, ocurrió en las pacientes con eclampsia y en aquellas con preeclampsia sobreañadida. (9)

En Colombia Beracaza R. en su investigación: "Resultados perinatales según vía de parto en pre términos en la clínica maternidad Rafael Calvo" en el 2015: encontró que:

Dentro de los diagnósticos de ingreso resalta de manera significativa mayor ocurrencia en el grupo cesárea del oligohidramnios, y los trastornos hipertensivos del embarazo, mientras que el trabajo de parto pre término de inicio espontáneo fue más frecuente en el grupo de parto vaginal, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la presentación de hemorragia intraventricular, trauma neonatal, enterocolitis necrotizante y muerte neonatal entre los dos grupos. Sin embargo se presentaron diferencias en la infección neonatal, ingreso a UCI, requerimiento de ventilación mecánica y tiempo de ventilación mecánica, siendo mayor en el grupo de parto por cesárea. (10)

En Colombia Ojeda W. en su investigación: “Resultados perinatales en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en la clínica maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena” en el año 2011, encontró que:

En un 32,7% de los casos se presentó parto pre término. El 77% de los neonatos se clasificó como adecuado para edad gestacional. Los neonatos presentaron distrés respiratorio, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y enfermedad por

membrana hialina. También se presentó otras morbilidades siendo las más frecuentes la sepsis, la ictericia neonatal y el riesgo metabólico. El 20% de los neonatos necesitó ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). El 100% de los neonatos pequeños para la edad gestacional y el 100% de los que ingresaron a UCIN, su madre presentó criterios de severidad. Solo se presentó una muerte neonatal. El distrés respiratorio fue la complicación más frecuente en los neonatos hijos de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo. El antecedente de criterios de severidad en las madres con trastornos hipertensivos del embarazo, parece ser un factor determinante de los resultados perinatales de esta población. (11)

En Ecuador Caiza S. en su trabajo "Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra – Tena en el periodo Enero 2009-enero 2010" encontró que:

La madre con mayor riesgo de preeclampsia tiene una edad comprendida entre 19 y 23. Las complicaciones neonatales asociadas fueron restricción de crecimiento intrauterino,

dificultad respiratoria, hipoglicemia, muerte neonatal; en las complicaciones maternas esta la preeclampsia refractaria, eclampsia, insuficiencia renal, síndrome de Hellp. (12)

En Cuba Ramón, M. en su investigación “Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia” en el 2012 encontró que:

La mayoría de las gestantes estuvieron incluidas en los rangos de edades comprendidos entre 20 y 34 años. Los factores de riesgo que con más frecuencia se observaron en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad. La cesárea se utilizó con mayor frecuencia entre las pacientes preeclámpticas, además presentaron 5,5 veces más probabilidades de presentar parto pre término. Concluyó que las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en las que se utilizó el sulfato de magnesio presentaron una probabilidad casi 21 veces menor de desarrollar una eclampsia. Las complicaciones materno-perinatales más frecuentes fueron la preeclampsia grave, el hematoma retro placentario, peso inferior a los 1 500 g y la enfermedad por membrana hialina en el recién nacido. (13)

### **En el ámbito Nacional**

En Trujillo Salazar S. en su trabajo “Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales” encontró que:

Las complicaciones maternas fueron similares en ambos grupos, siendo las más frecuentes la anemia e infección urinaria. No hubo muertes maternas, por lo tanto en preeclampsia severa el parto por cesárea es tan eficaz como el parto vaginal en la culminación del embarazo en relación a las complicaciones maternas, de las complicaciones neonatales la ictericia fue significativamente mayor en el grupo de parto por cesárea que en el de parto vaginal. (14)

En Loreto Inchaustegui, N. En su trabajo “Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Diciembre del 2014”, encontró que:

En gestantes con preeclampsia y gestantes sin preeclampsia con sus respectivos productos se halló una relación significativa de control prenatal inadecuado como factor de riesgo para

desarrollar preeclampsia. La preeclampsia estuvo asociada con mayor riesgo de prematuridad y peso bajo al nacer comparadas con las madres que no presentaban esta condición. (15)

En Lima Quinto, C. en su trabajo: “Complicaciones y mortalidad neonatal de los embarazos culminados en cesárea en el instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2013”, encontró que:

Las complicaciones neonatales encontradas fue sepsis neonatal y la taquipnea transitoria del recién nacido. Ni la edad materna, ni el sexo del recién nacido, ni el peso del recién nacido influyeron en el hallazgo de complicaciones neonatales. La edad gestacional influye en la frecuencia de complicaciones neonatales en los embarazos culminados por cesárea. Solo dos casos ingresaron a UCIN y no registraron casos de mortalidad neonatal. (16)

En Trujillo Pantoja Cabrera D. en su trabajo: “Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales” en el 2016, encontró que:

Las complicaciones neonatales no tuvieron diferencia significativa siendo las más frecuentes: Sepsis neonatal y la hipoglicemia que tuvo: depresión neonatal por cesárea y parto vaginal. Por lo tanto se concluyó que parto vaginal es más eficaz que la cesárea en cuanto a complicaciones maternas. No hubo diferencias entre las complicaciones neonatales, en cuanto al método de parto. (17)

En Trujillo Cabeza, J. en su investigación: “Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana 2013” encontró que:

La edad promedio para los casos fue 21,37 y para el grupo control 23,59 años; la edad gestacional promedio para el grupo de casos fue 37,63 y para el grupo control fue 39,17 semanas. El 46,30% de los casos tuvieron parto por cesárea y en el grupo control se observó que lo presentaron en el 31,48%. Con respecto a la presencia de hipertensión arterial crónica, el 11,11% de los casos lo presentaron y en el grupo control solo el 2,78%. Concluyo que la edad  $\leq$  20 años, la primiparidad y la hipertensión arterial si resultaron ser factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia. (18)

En Puerto Maldonado Mamani Peña, en su investigación: “Factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, Enero 2013 – Diciembre 2014” encontró que:

Las variables asociadas fueron: los factores socioeconómicos el grado de instrucción analfabeta, de los factores biológicos la adolescencia; el sobrepeso y obesidad, de los factores obstétricos la nuliparidad y la multiparidad y de los factores clínico maternos la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas. Conclusiones: ser analfabeta, madre adolescente, presentar sobrepeso y obesidad, la nulípara y multípara, presentar ITU y RPM son factores de riesgo que se asocian al parto pre término. (19)

En Lima Quispemayta, R. en su investigación “Complicaciones materno-fetales en gestantes con preeclampsia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal” en el 2015, encontró que:

Las principales complicaciones maternas fueron: insuficiencia renal; desprendimiento prematuro de placenta; edema pulmonar; ruptura hepática; desprendimiento de retina; coagulación vascular diseminada, muertes maternas con

Síndrome de HELLP y con eclampsia. Las principales complicaciones fetales fueron: en primer lugar RCIU y sufrimiento fetal aguda; las complicaciones neonatales que se presentaron fueron: recién nacidos prematuros y síndrome de dificultad respiratoria. (20)

### **En el ámbito local**

En Tacna Sucho, M. en su investigación: “Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Essalud 2015” encontró que:

Los principales resultados indican que se registraron 1354 partos, dando incidencia de cesárea en 41,6 %, las principales indicaciones de cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo-pélvica por macrosomía fetal, presentación podálica, cesárea iterativa, trabajo de parto disfuncional e inducción fallida. (21)

En Tacna Ramos, A. en su investigación: “Complicaciones neonatales, madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2011 – 2015” encontró que:

Las complicaciones neonatales fueron: Hiperbilirrubinemia, alteraciones hidroelectrolíticas, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, malformaciones congénitas, traumatismo al nacer, asfixia al nacer y alteraciones metabólicas. Los neonatos con complicaciones de madres adolescentes se caracterizan por presentar condiciones educativas desfavorables , falta de control prenatal, parto por cesárea, condicionando mayor mortalidad neonatal; por lo tanto en Tacna el recién nacido de madre adolescente se debe considerar como un grupo de alto riesgo. (22)

## **2.2 BASE TEÓRICA.**

### **2.2.1 ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

La hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento

fetal y prematuridad, entre otras complicaciones perinatales.

Este concepto es válido tanto para los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Su frecuencia, en algunas regiones del mundo, puede alcanzar hasta un 35%. La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema y proteinuria. La presencia de edema como signo patológico es un hecho controvertido, ya que hay muchas embarazadas que lo presentan sin patología asociada. Sin embargo; es detectado en los casos más severos y prácticamente está siempre presente en la preeclampsia severa y en la eclampsia.

De cualquier modo, la preeclampsia, es decir, el síndrome hipertensión + proteinuria, puro o superpuesto a hipertensión previa, es lo que realmente aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal. (23)

#### **2.2.1.1 CLASIFICACIÓN.**

- **Hipertensión gestacional**

Es la hipertensión diagnosticada por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas; sin proteinuria. Las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico. (23)

- **Preeclamsia**

Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria.

Ambas desaparecen en el posparto. La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vaso espasmo y a la activación endotelial.

Cuando más severa es la hipertensión y la proteinuria más certero es el diagnóstico de preeclampsia. Igualmente los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y

dolor epigástrico. Estos últimos son signos premonitores de eclampsia.

El dolor epigástrico es el resultado de la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson. Una preeclampsia leve puede evolucionar rápidamente hacia una preeclampsia severa y hay que pensar siempre en esta evolución cuando los síntomas y signos mencionados anteriormente no desaparecen. (23)

- **Hipertensión crónica**

Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas. Las cifras tensionales permanecen elevadas después de la 12a. semana posparto. (23)

- **Preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica**

Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico luego de las 20 semanas de embarazo y que desaparece después del parto.

- **Eclampsia**

La eclampsia es una emergencia obstétrica con alto riesgo materno y fetal y es el punto culminante de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Las convulsiones suelen ser tónico-clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto. Puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en nulíparas se han descrito convulsiones hasta 10 días posparto. (23)

#### **2.2.1.2 FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA.**

- Nuliparidad.
- Edad menor de 20 y mayor de 35 años.
- Obesidad.
- Historia familiar de preeclampsia-eclampsia.
- Preeclampsia en embarazos anteriores.
- Arterias uterinas anormales entre las 18 a 24. semanas por estudio Doppler.
- Diabetes mellitus pre gestacional.
- Presencia de trombofilias.
- Enfermedad renal crónica.

- Enfermedades autoinmunes.
- Raza negra.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Hipertensión crónica.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia.

### **2.2.1.3 DIAGNOSTICO**

Cuando aparece después de las 20 semanas del embarazo se trata de una hipertensión gestacional. La cifra de la tensión arterial (TA) deberá ser para la diastólica de 90 mm Hg o más y de la sistólica de 140 mmHg o más, en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o un solo registro de una TA diastólica de 110 mmHg.

Es importante conocer los valores de TA previos al embarazo y también los anteriores a la semana 20 de gestación. Si la embarazada concurre tardíamente a la consulta, después de la semana 20, al desconocerse sus cifras tensionales previas es difícil diferenciar una hipertensión gestacional de una hipertensión crónica previa.

## **CONTROL PRENATAL**

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Además de la reducción de las tasas de mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes.

Algunos de estos son: disminución de las dudas, miedos y tabúes de las gestantes; mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud; actitud positiva hacia la maternidad; mejores hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo del niño por nacer, actitud positiva hacia la lactancia, conocimiento del plan de vacunación, conocimiento sobre métodos modernos de contracepción para el espaciamiento de futuros embarazos. (27)

**Con el control prenatal se persigue:**

- La administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño
- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas

- La vigilancia del crecimiento y de la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento

**El control prenatal eficiente es:**

- a) Precoz o temprano;
- b) Periódico o continuo;-
- c) Completo o integral;
- d) Extenso o de amplia cobertura.

## **2.2.2 PERIODO PERINATAL**

### **2.2.2.1 DEFINICIÓN**

Comprende desde la semana 28 de gestación (etapa fetal tardía) hasta el séptimo día de nacimiento. (24)

### **2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO PERINATAL**

Los factores que a continuación vamos a enunciar pueden afectar la vitalidad, el desarrollo y el crecimiento del feto. (24)

1. Falta de control prenatal

2. Edad materna y paridad
3. Edad fetal
4. Desnutrición materna
5. Fumadoras de cigarro
6. Bajo nivel socioeconómico
7. Antecedentes de:
  - Muerte fetal
  - Muerte perinatal
  - Peso bajo para la edad gestacional
  - Recién nacido con lesiones
  - Complicaciones obstétricas o medicas
  - Cesárea
  - Isoinmunizaciones

### **2.2.2.3 MORTALIDAD PERINATAL**

Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbito

fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). (25)

### **2.2.3 TERMINO DE LA GESTACION**

Dependerá de la severidad del cuadro hipertensivo, la situación obstétrica y del grado de sufrimiento fetal y/o restricción del crecimiento. En los casos de hipertensión leve o moderada, no existe ninguna contraindicación para la inducción y para el parto vaginal, excepto indicación obstétrica de un parto operatorio. Se puede madurar el cuello antes de comenzar la inducción con oxitócica. En los casos de hipertensión severa, la vía del parto dependerá del grado de sufrimiento fetal y de restricción de su crecimiento intrauterino: si el feto se encuentra muy comprometido, se prefiere el parto operatorio por vía abdominal. En caso de elegir la vía vaginal se debe efectuar monitoreo fetal intra parto, y ante la menor dificultad en el avance del trabajo de

parto y/o signos de sufrimiento fetal, se debe optar por la cesárea. (26)

### **2.2.3.1 PARTO ABDOMINAL (CESÁREA)**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción en condiciones de viabilidad, realizando una incisión a través de la pared abdominal y del útero. (27) (28)

En las instituciones que exhiben buenos resultados perinatales la tasa global de esta operación oscila entre un 8% y un 22%. En el momento actual cuando se sobrepasa esta cifra la cesárea no siempre resulta beneficiosa ni para la madre ni para el niño y tampoco lo es para los costos y las estadísticas hospitalarias. En ciertas instituciones de algún país de América Latina ha llegado a ser tan abusiva que sobrepasó el 80% del total de los nacimientos.

El aumento de la frecuencia observado en las últimas décadas se debe, en América Latina, a varios factores

donde unos están sustentado ética y científicamente mientras que otros no tienen justificación: (28)

- a) La disminución de sus riesgos entre los que se pueden citar la eficacia preventiva de los antibióticos, los bancos de sangre segura, la mejor técnica anestésica, etc.
- b) La proscripción de los partos vaginales operatorios en planos pelvianos altos.
- c) Las nuevas indicaciones para la cesárea sustentadas en mejores resultados perinatales como por ejemplo en la presentación pelviana al término de la gestación.
- d) La menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal.
- e) Los servicios de obstetricia deficientes que no cuentan las 24 horas con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (anestesista, neonatólogo, sangre segura, etc.), por lo que se apresuran decisiones para terminar los partos iniciados en horarios restringidos en que se cuenta con esta cobertura indispensable. Sin estos

apremios algunos partos podrían evolucionar espontáneamente evitándose cesáreas innecesarias.

- f) La falta de una segunda opinión profesional para compartir la indicación de la cesárea.
- g) la influencia de las demandas legales sobre la toma de decisiones de los médicos. A pesar de la falta de asociación entre la cesárea y la reducción de los problemas neurológicos infantiles (parálisis cerebral, convulsiones).
- h) Por último se debe reprobar el abuso de la cesárea cuando privan en su elección factores extra médicos (económicos, comodidad del equipo de salud, etc.) que pueden llevar a un perjuicio de la madre y de su hijo.

### **Clasificación de cesárea**

La cesárea se clasifica: (29)

#### **a) Según antecedentes obstétricos de la paciente.**

- **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.

- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

#### **b) Según indicaciones**

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

### **PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA**

Schwarcz clasifican las indicaciones de cesárea en absolutas y relativas, las cuales se refieren a la magnitud del riesgo materno-perinatal como causal de cesárea.

(28)

#### **a) Absolutas**

Son aquellas en las cuáles la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. Entre ellas se pueden mencionar la desproporción fetopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, la presentación pelviana en el feto único a término de la gestación, entre otros.

#### **b) Relativas**

Son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias es que se plantea también alguna otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión.

### **PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA SEGÚN RIESGO MATERNO FETAL**

#### **a) Maternas**

- **Preeclampsia:** incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la semana 20 de gestación.

- **Hipertensión crónica grave:** se considera cuando la presión sistólica es mayor o igual a 180 o la presión diastólica es mayor o igual a 110.
- **Distocia ósea:** es la alteración del mecanismo de parto debido a modificaciones en el tamaño, forma y/o inclinación de la pelvis ósea materna.
- **Distocias dinámicas:** son causadas por contracciones uterinas anómalas que no permiten vencer la resistencia de los tejidos blandos u óseos, para la progresión adecuada del feto.
- **Distocias de partes blandas:** son debidas a malformaciones uterinas, o tumores que obstaculizan la salida del feto, o alteran la fisiología del cérvix.
- **Cesárea anterior:** se refiere al antecedente de una cesárea, actualmente se considera que si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.

- **Cirugía ginecológica previa:** comprende las estructuras del aparato reproductor femenino, incluidos el útero y, ovarios, trompas de Falopio, vagina y vulva clasificándose en abdominales y vaginales.
- **Fracaso de la inducción:** falla en establecer el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, (después de 3 inducciones realizadas correctamente, en 3 días consecutivos)

#### **b) Fetales**

- **Distocias de la presentación:** entendemos por presentación pelviana o de nalgas y en presencia de asinclitismo.
- **Distocias de la situación:** se refiere a la situación transversa y oblicua del feto.
- **Distocias por deflexión de la cabeza fetal:** entendemos por presentación de sincipicio, de frente y de cara.

- **Distocias por anomalías de la posición fetal:** se refiere a la posición en occípito-posterior y occípito-transversa.
- **Macrosomía fetal:** peso fetal mayor o igual a 4000 gr. Para causa indicación absoluta de cesárea se considera un peso mayor o igual a 4500 gr.
- **Sufrimiento fetal agudo:** estado que altera la fisiología fetal, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un periodo relativamente breve.
- **Restricción del crecimiento intrauterino:** es la consecuencia de la supresión del potencial genético de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas.
- **Embarazo múltiple:** es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.
- **Enfermedad hemolítica fetal grave:** también llamada eritroblastosis fetal, es un trastorno sanguíneo en la que una madre produce anticuerpos

durante el embarazo que atacan los glóbulos rojos de su propio feto, cuando la madre y el feto tienen tipos de sangre diferentes. En la mayoría de estos casos, una diferencia en el tipo Rh.

- **Muerte habitual del feto:** antecedentes de óbitos fetales en gestaciones anteriores.

#### **2.2.3.2 PARTO VAGINAL**

Es el parto normal que se desencadena de forma espontánea a partir de una serie de hormonas, como la oxitocina, que envía señales al cuerpo, y particularmente al útero para el inicio del proceso de trabajo de parto.

(31)

#### **Beneficios del parto vaginal para la madre**

- La madre se siente más libre para actuar; puede decidir ayudar al hijo a nacer. Es protagonista, con un papel determinante en el nacimiento de su hijo.
- En el parto vaginal existe menor riesgo para la madre, con la posibilidad de perder la mitad de

sangre que en un parto por vía abdominal y la posibilidad de infección uterina es menor.

- Mantiene los niveles de glicemia en sangre ayudando a que la placenta reciba más oxígeno.

### **Beneficios del parto vaginal para la madre**

- Durante el parto vaginal el feto genera hormonas como la adrenalina, que lo mantendrá en un estado de alerta.
- Las contracciones uterinas provocaran mayor expulsión del líquido de los pulmones del feto.

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL.**

### **2.3.1 Embarazo:**

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de diez meses lunares o nueve meses calendario).

- 2.3.2 Tipo de parto:** es la vía de culminación de una gestación, que puede ser vaginal o abdominal.
- 2.3.3 Trabajo de parto:** es el periodo que inicia con actividad uterina regular hasta la expulsión de la placenta. El cual puede iniciar se manera espontánea o por medio de inducción si el caso lo amerita.
- 2.3.4 Indicaciones de cesárea:** es la causa determinante para realizar una cesárea, la cual puede ser absoluta o relativa o según su etiología puede ser maternas, fetales, ovulares y materno-fetales. (28)
- 2.3.5 Incidencia de cesárea:** corresponde al número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero. (29)
- 2.3.6 RCIU:** restricción del crecimiento fetal en relación a la edad gestacional dentro del útero.
- 2.3.7 Dificultad respiratoria:** dificultad para la entrada de oxígeno lo que causa agresión al feto o recién nacido debido a la privación de oxígeno o insuficiente perfusión en diversos órganos. El termino asfixia no es sinónimo de encefalopatía hipóxica isquémica.

**2.3.8 Muerte neonatal:** ausencia de signos vitales de un neonato recién nacido que puede extenderse hasta los 28 días.

**2.3.9 APGAR:** escala de valoración de vitalidad fetal medido al minuto y a los cinco minutos.

**2.3.10 Sexo:** condición orgánica que distingue el femenino y masculino.

**2.3.11 Peso:** cualidad de la materia en este caso del recién nacido medido en gramos.

**2.3.12 Ictericia:** Patología visible cuando existen niveles superiores a 4 – 5 mg/dl de bilirrubina.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se trata de una investigación de tipo no experimental ya que se realizó sin manipular las variables. (32)

#### **3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es: (32)

- Descriptivo: Describe los resultados perinatales de madres con preeclampsia.
- Comparativo: Compara resultados perinatales de parto por vía vaginal y abdominal.
- Retrospectivo: Se registra datos que ocurrieron en el año 2016.
- De corte transversal: Todas las variables son medidas en un solo momento.

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO**

### **3.3.1. Población**

Esta conformados por los 3413 recién nacidos de madres que dieron parto en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2016.

### **3.3.2. Muestra**

Está constituido por los recién nacidos de madres con preeclamsia que dieron parto en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016, por conveniencia al 100 % según criterios de inclusión.

El objeto de la presente investigación corresponde a 190 unidades de estudio.

### **3.3.3 Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Primíparas o multíparas.
- Mujeres cuya gestación sea mayor a 22 semanas.
- Recién nacido vivo.

### **Criterios de exclusión:**

- Neonatos cuyo nacimiento se haya producido fuera del HHUT.
- Embarazo gemelar y múltiple.
- Recién nacido con malformaciones congénitas.
- Muerte fetal intrauterina.
- Madres que hayan presentado Síndrome de HELLP

### **3.4. VARIABLES DE ESTUDIO**

**A. Variables independientes:** tipo de parto

**B. Variables dependientes:** resultados perinatales

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.5.1 TÉCNICA:**

Para la aplicación del instrumento se coordinó el recojo de la información, del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos fueron registrados y procesados a través de una base de datos en Microsoft Excel y mediante el paquete estadístico para su procesamiento un paquete estadístico SPSS Estándar versión 22.

### **3.5.2 INSTRUMENTO:**

Los datos fueron consignados a una ficha de recolección de datos, recopilada del autor Inchaustegui Loza (15) cuya investigación fue ejecutada en el 2015 además fue revisada y corregida por personal con experiencia en este tipo de temas y de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.**

El procesamiento y análisis de los datos comprendieron las siguientes actividades:

- Se recopiló información según la ficha recolección de datos, proporcionada por Sistema Informático Perinatal.
- Se descargó la información (data) al programa SPSS versión 22 para obtener estadísticas respectivas, en tablas y gráficos comparativos según vía de parto.
- Se verificó que la data estuviera completa y sin errores.
- Para el análisis estadístico y determinar la asociación, se aplicó la prueba de Chi Cuadrado, considerando asociación cuando la “p” fue menor que 0,05.
- Para la presentación de datos y resultados se realizó cuadros de tabulación correspondientes a los datos obtenidos.

### 3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidades o Categorías	Escala de medición
INDEPENDIENTE TIPO DE PARTO	CLINICO	Vía vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
		Vía abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
DEPENDIENTE RESULTADOS PERINATALES	CLINICO	Puntuación del Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión severa: 0-3 puntos</li> <li>• Depresión moderada: 4-6 puntos</li> <li>• Normal: 7-10 puntos</li> </ul>	Ordinal
		Sexo del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Edad gestacional	Test de Capurro en el neonato <ul style="list-style-type: none"> <li>• RN pretérmino: &lt; 37 semanas</li> <li>• RN a término: 37 a 40 semanas</li> <li>• RN pos término: &gt; 41 semanas</li> </ul>	Ordinal
	CLINICO	Peso al Nacer	1) < 1000 g 2) 1000 a 1499 g 3) 1500 a 2499 g 4) 2500 a 3999 g 5) ≥ 4000 g	Ordinal
	CLINICO	Hipoxia Fetal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Síndrome de Distress Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

	CLINICO	Reanimación Respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Mascarilla</li> <li>• Entubación</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Sepsis Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Ictericia Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Ingreso a UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	CLINICO	Muerte Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
VARIABLE INTERVENIENTE: CARACTERISTICAS MATERNAS	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad Materna	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 10 a 19</li> <li>2) 20 a 34</li> <li>3) 35 a más</li> </ol>	ordinal
		Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior No Universitaria</li> <li>• Superior Universitaria</li> </ul>	Nominal
	Condiciones de la persona en relación a los derechos civiles	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> </ul>	Nominal
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> <li>• Gran multípara</li> </ul>	Nominal
		Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin control prenatal</li> <li>• De 1 a 5 controles</li> <li>• 6 a más controles</li> </ul>	Nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

**Tabla No. 1**  
**FRECUENCIA DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PARTO -**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

PREECLAMPSIA	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		No.	%
	No.	%	No.	%		
Leve	81	44,75	8	88,89	89	46,84
Severa	100	55,25	1	11,11	101	53,16
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>	<b>190</b>	<b>100,00</b>

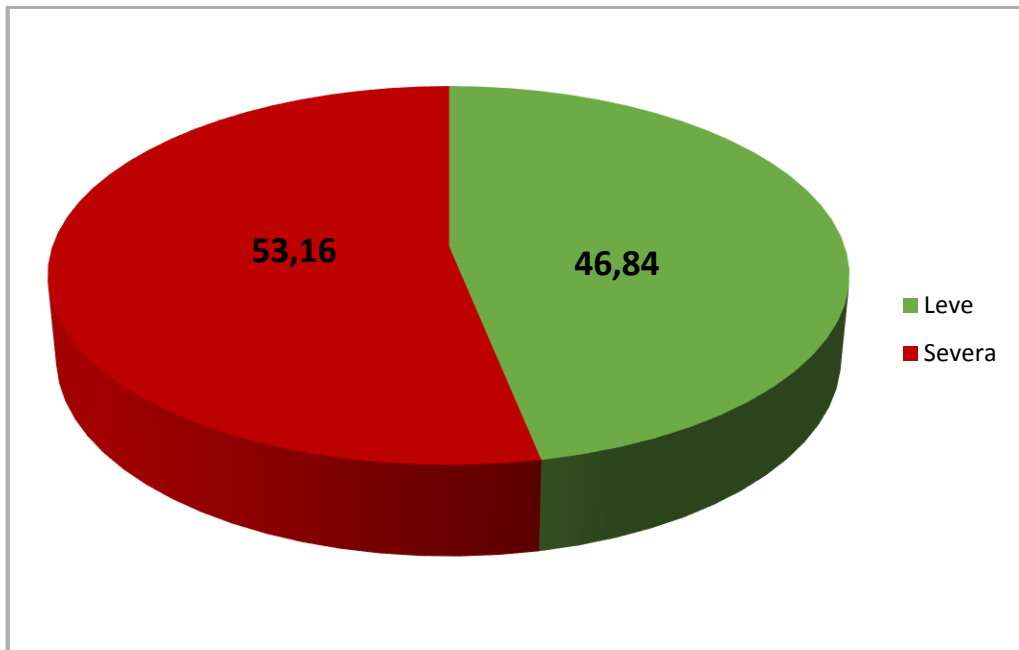
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

**Interpretación:**

En la tabla y gráfico No. 1, se puede observar que durante el año 2016 se presentaron 190 casos de preeclampsia de todas las madres que acudieron para atención de parto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. De los cuales 46,84% cursaron con preeclampsia leve y 53,16% con preeclampsia severa.

**Gráfico No. 1**

**FRECUENCIA DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PARTO -  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 1

**Tabla No. 2**  
**VÍA DE PARTO DE MADRES CON PREECLAMPSIA -**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**

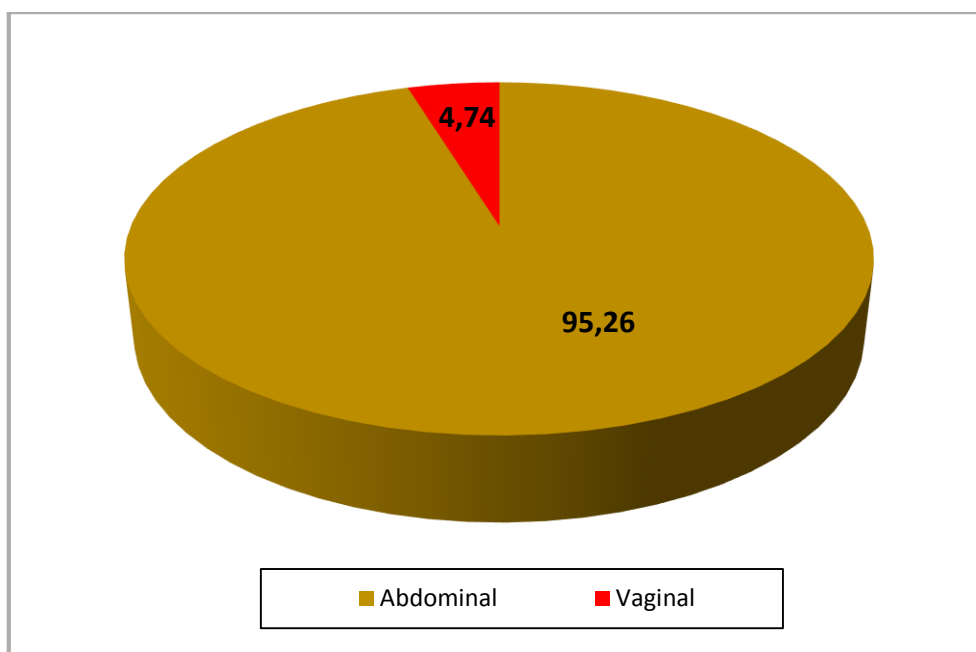
<b>PARTO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Abdominal	181	95,26
Vaginal	9	4,74
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

**Interpretación:**

En la tabla y gráfico No. 2, se observa que durante el año 2016 de los 190 casos de preeclampsia de las madres del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 95,26% terminaron su parto por vía vaginal y sólo el 4,74% por vía abdominal.

**Gráfico No. 2**  
**VÍA DE PARTO DE MADRES CON PREECLAMPSIA -**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA: N°2

Tabla No. 3

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA – 2016**

<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD MATERNA</b>		
10 a 19	13	6,84
20 a 34	120	63,16
35 a más	57	30,00
<b>GRADO INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeta	1	0,53
Primaria	12	6,32
Secundaria	109	57,37
Superior No Universitaria	32	16,84
Superior Universitaria	36	18,95
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	32	16,84
Casada	30	15,79
Conviviente	128	67,37
<b>PARIDAD</b>		
Primípara	82	43,16
Múltipara	99	52,11
Gran múltipara	9	4,74
<b>CONTROL PRENATAL</b>		
Sin control prenatal	30	15,79
De 1 a 5 controles	56	29,47
6 a más controles	104	54,74
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

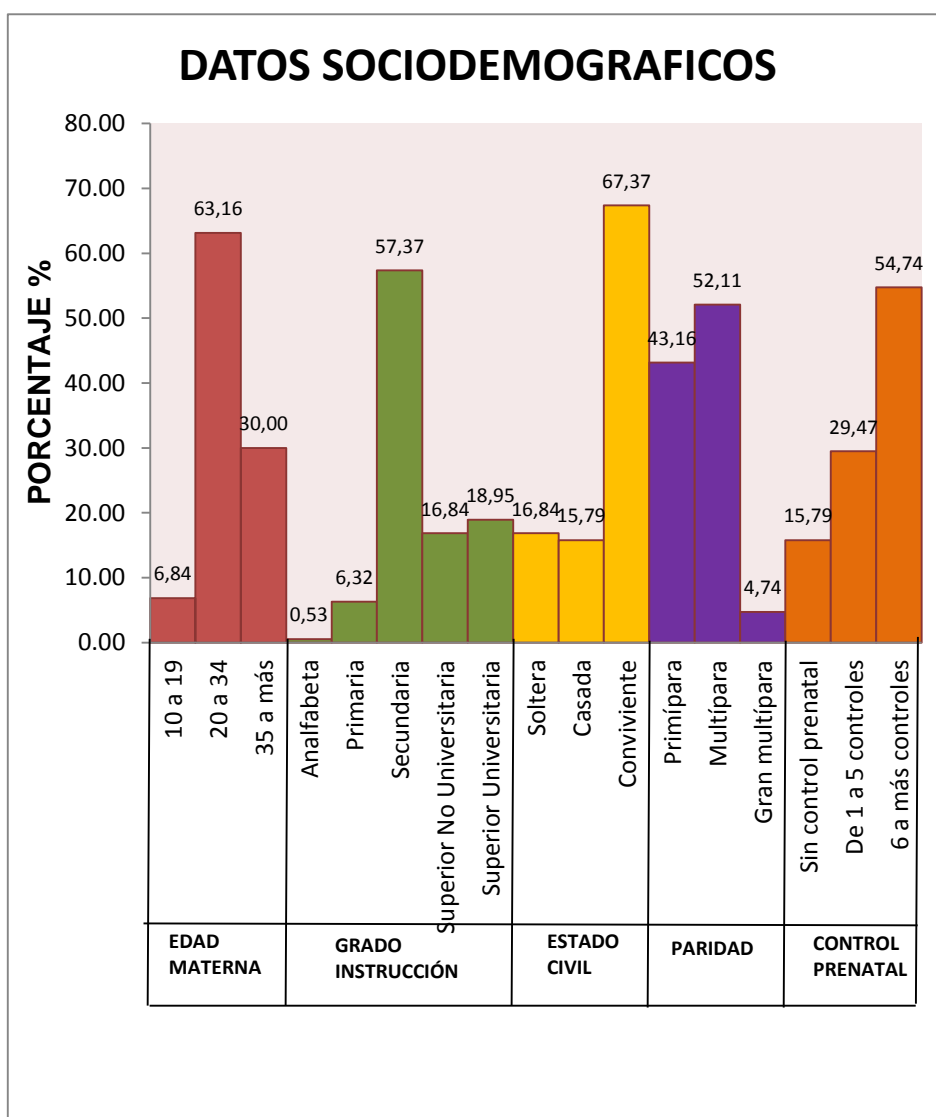
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

### **Interpretación:**

En la tabla y gráfico No. 3, se observa que durante el año 2016 de los 190 casos de preeclampsia de las madres del hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 63,16% de madres con preeclampsia tienen edades entre 20 a 34 años, el 57,37% de madres tienen grado de instrucción secundaria, el 67,37% de madres son convivientes, 52,11% eran multíparas, el 54,74% tienen 6 a más controles prenatales, el 29,47% tienen 1 a 5 controles prenatales y solo el 15,79% no tienen algún control prenatal.

Gráfico No. 3

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N°3

**Tabla No. 4**  
**APGAR AL MINUTO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

APGAR AL MINUTO	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	P
	No.	%	No.	%		
0 a 3	3	1,66	1	11,11	3,52	0,17
4 a 6	10	5,52	0	0,00		
7 a 10	168	92,82	8	88,89		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

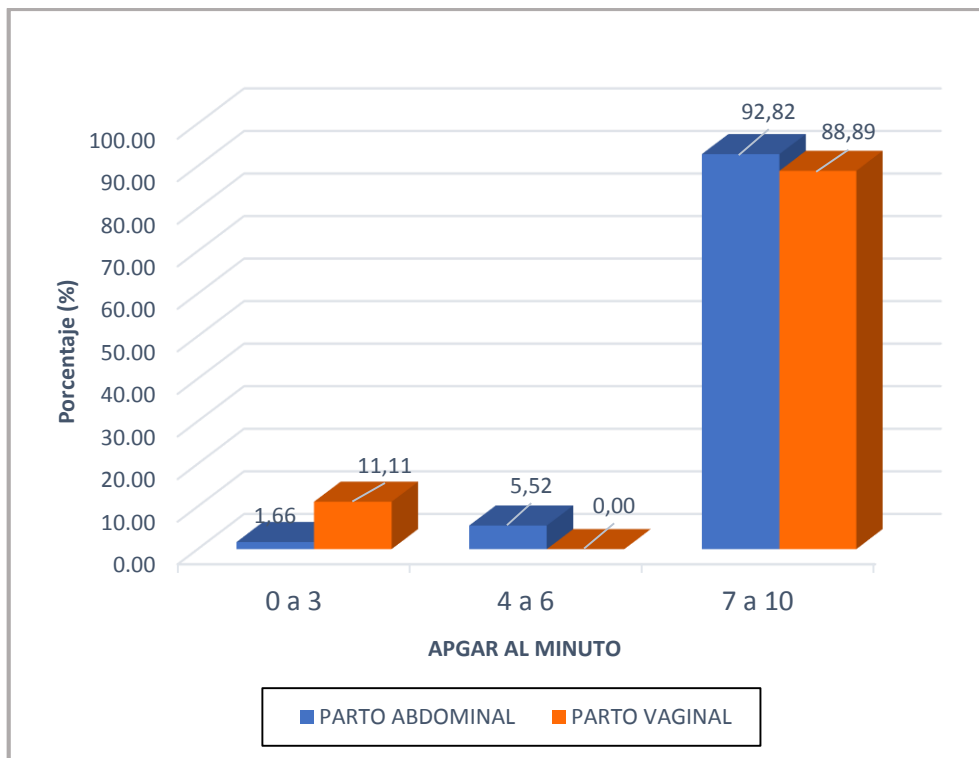
Interpretación:

Los recién nacidos de parto abdominal presentaron el 88,89% un Apgar al minuto de 7 a 10, seguido del 11,11% con Apgar de 0 a 3. No se presentó ningún caso de Apgar de 4 a 6. Los recién nacidos de parto vaginal presentaron el 92,82% un Apgar al minuto de 7 a 10, seguido del 5,52% con Apgar de 4 a 6 y sólo 1,66% de Apgar de 0 a 3.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Apgar al minuto con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 4**

**APGAR AL MINUTO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 4

**Tabla No. 5**

**APGAR A LOS 5 MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA – 2016**

APGAR A LOS 5 MINUTOS	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
0 a 3	2	1,10	0	0,00	0,26	0,87
4 a 6	3	1,66	0	0,00		
7 a 10	176	97,24	9	100,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

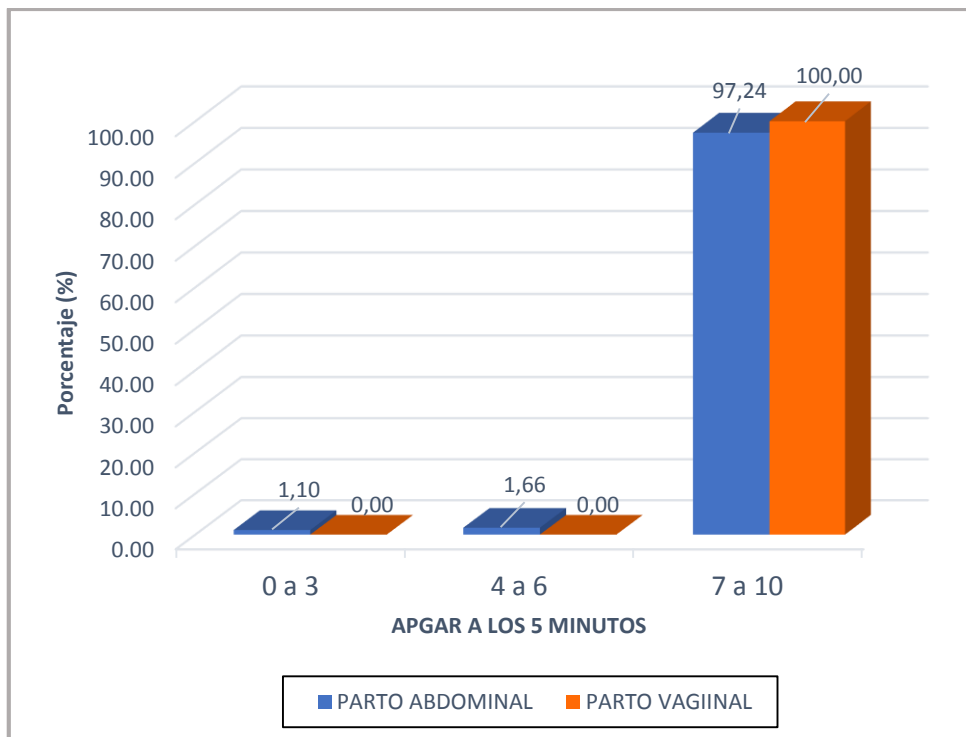
Los recién nacidos de parto abdominal presentaron el 97,24% un Apgar a los 5 minutos de 7 a 10, seguido del 1,66% con Apgar de 4 a 6 y solo el 1,10% con Apgar de 0 a 3.

Los recién nacidos de parto vaginal presentaron el 100% un Apgar a los 5 minutos de 7 a 10. No se presentó ningún caso con Apgar de 4 a 6 ni de un Apgar de 0 a 3.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Apgar a los 5 minutos con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 5**

**APGAR A LOS 5 MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 5

**Tabla No. 6**  
**SEXO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

SEXO DEL RN	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Femenino	80	44,20	4	44,44	0,00	0,99
Masculino	101	55,80	5	55,56		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

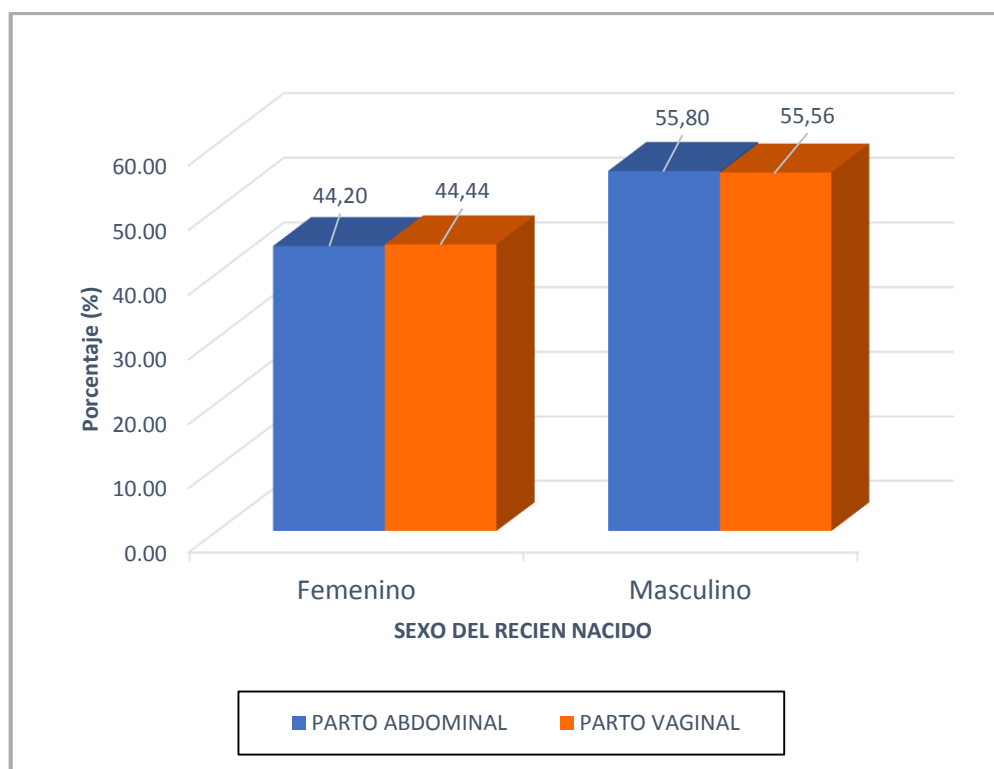
Interpretación:

El sexo de los recién nacidos de parto abdominal fueron masculino con un 55,80% y un 44,20% fueron sexo femenino.

El sexo de los recién nacidos de parto vaginal fueron masculino con un 55,56% y un 44,44 fueron sexo femenino.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo del recién nacido con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 6**  
**SEXO DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA -2016**



Fuente: TABLA N° 6

**Tabla No. 7**

**EDAD GESTACIONAL DE RECIEN NACIDOS DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA – 2016**

EDAD GESTACIONAL	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
< 37 semanas	52	28,73	1	11,11	1,40	0,49
37 a 40 semanas	128	70,72	8	88,89		
> 41 semanas	1	0,55	0	0,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

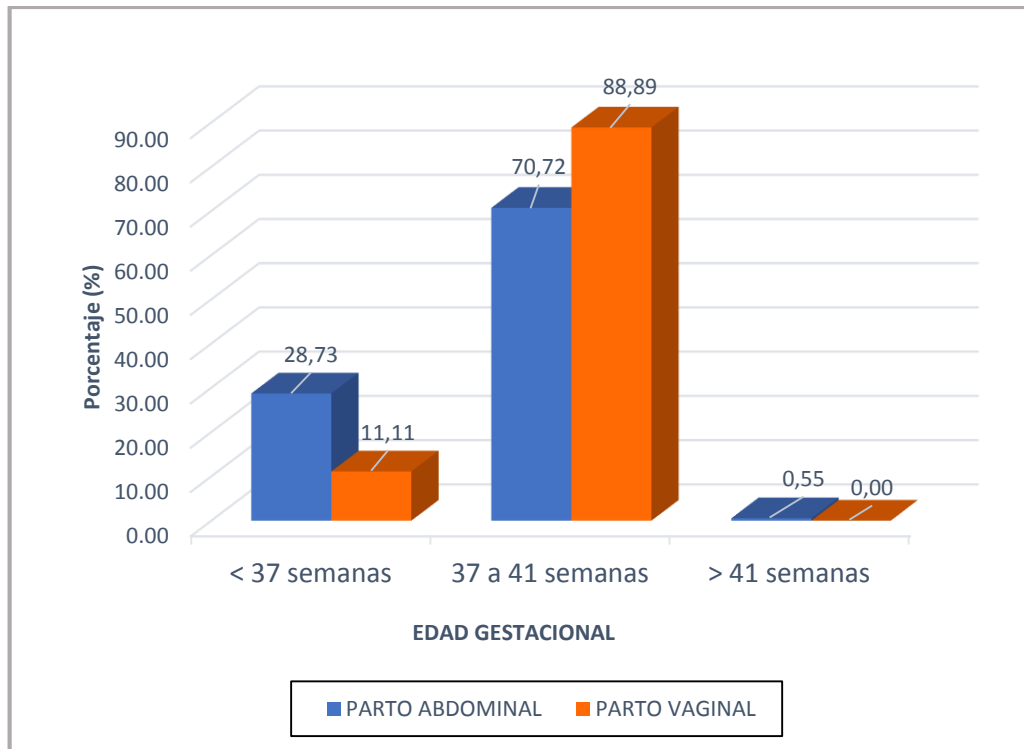
Los recién nacidos de parto abdominal según Test de Capurro tiene una edad gestacional entre las 37 a 41 semanas están presentados por un 70,72%, 28,73% una edad gestacional menor a 37 semanas y solo un 0,55% mayor a las 41 semanas de gestación.

Los recién nacidos de parto vaginal según Test de Capurro tienen una edad gestacional entre las 37 a 41 semanas están presentados por un 88,89%, un 11,11% edad gestacional menor a 37 semanas.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 7**

**EDAD GESTACIONAL DE MADRES CON PREECLAMPSIA -  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N°7

**Tabla No. 8**  
**PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA – 2016**

PESO AL NACER	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
< 1000 gramos	5	2,76	0	0,00	3,58	0,16
1000 a 1499 gramos	3	1,66	0	0,00		
1500 a 2499 gramos	35	19,34	0	0,00		
2500 a 3999 gramos	107	59,12	8	88,89		
4000 a más gramos	31	17,13	1	11,11		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

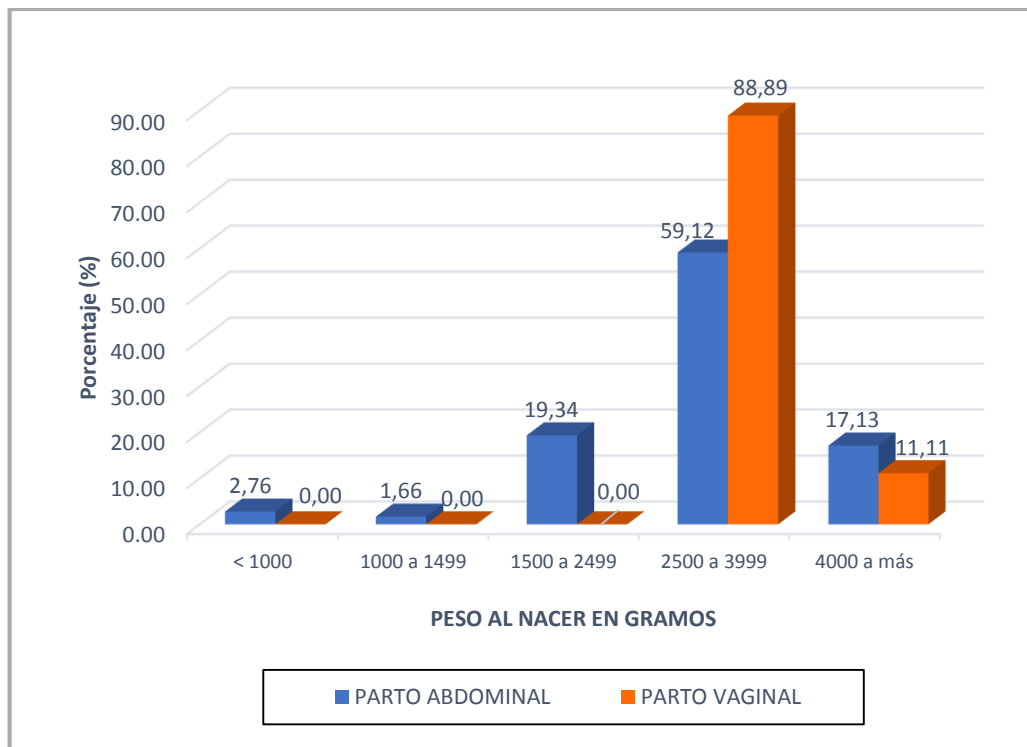
Los recién nacidos de parto abdominal presentaron el 59,12% con un peso de 2500 a 3999 gramos, un 19,34% con peso de 1500 a 2499 gramos, seguido de 17,13% con peso de 4000 gramos a más, solo un 2,76% pesaron menos a 1000 gramos y un mínimo de 1,66% de los recién nacidos peso entre 1000 a 1499 gramos.

Los recién nacidos de parto vaginal presentaron el 88,89% un peso de 2500 a 3999 gramos, solo un 11,11% peso de 4000 a más gramos. No presento ningún caso de pesos menores a 2499 gramos.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el peso al nacer con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 8**

**PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 8

**Tabla No. 9**  
**RCIU DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

RCIU	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	4	2,21	0	0,00	0,20	0,65
No	177	97,79	9	100,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

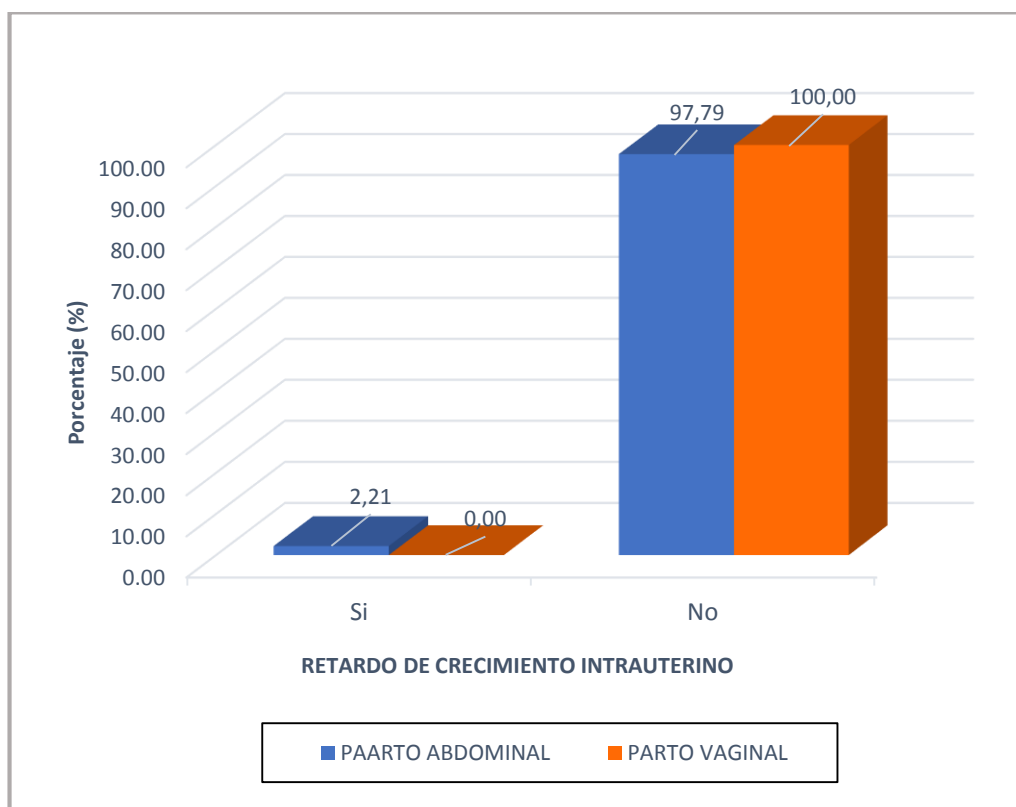
Interpretación:

Los recién nacidos de parto abdominal no presentaron retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) el 97,79%, solo el 2,21% si presentaron RCIU.

Los recién nacidos de parto vaginal no presentaron RCIU un 100%.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el retardo de crecimiento intrauterino con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 9**  
**RCIU DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON**  
**PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 9

Tabla No. 10

**HIPOXIA FETAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON  
PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

HIPOXIA FETAL	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL	
	No.	%	No.	%
Si	0	0,00	0	0,00
No	181	100,00	9	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

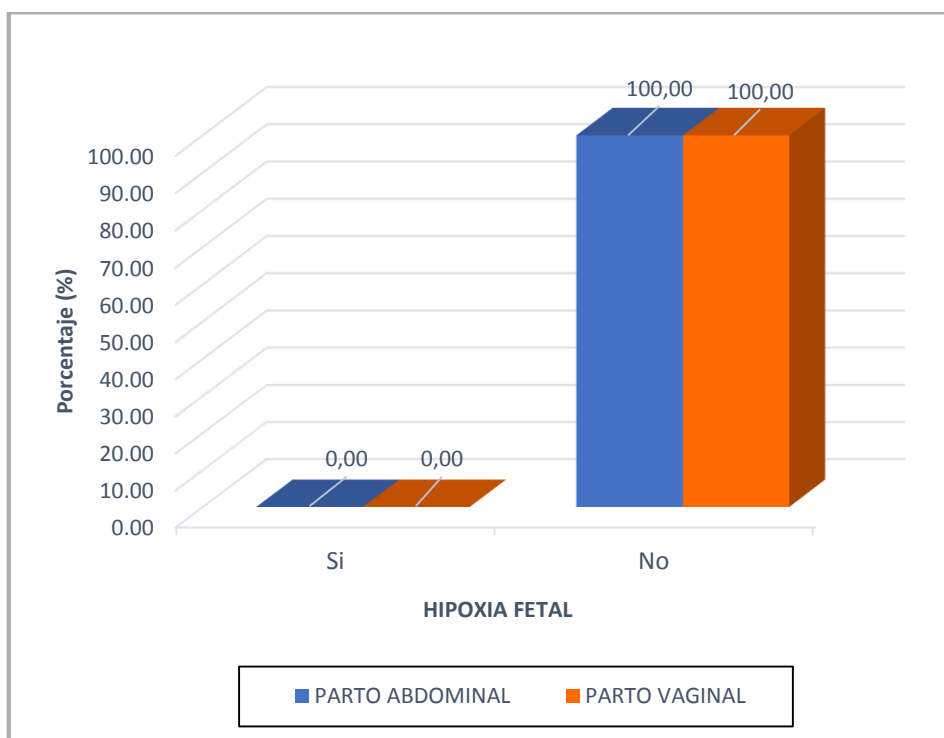
Interpretación:

Los recién nacidos de parto abdominal no presentaron hipoxia fetal.

Los recién nacidos de parto vaginal no se encontró algún caso con hipoxia fetal.

**Gráfico No. 10**

**HIPOXIA FETAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 10

Tabla No. 11

**SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO  
DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -  
TACNA - 2016**

SÍNDROME DISTRÉS RESPIRATORIO	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	7	3,87	0	0,00	0,36	0,54
No	174	96,13	9	100,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

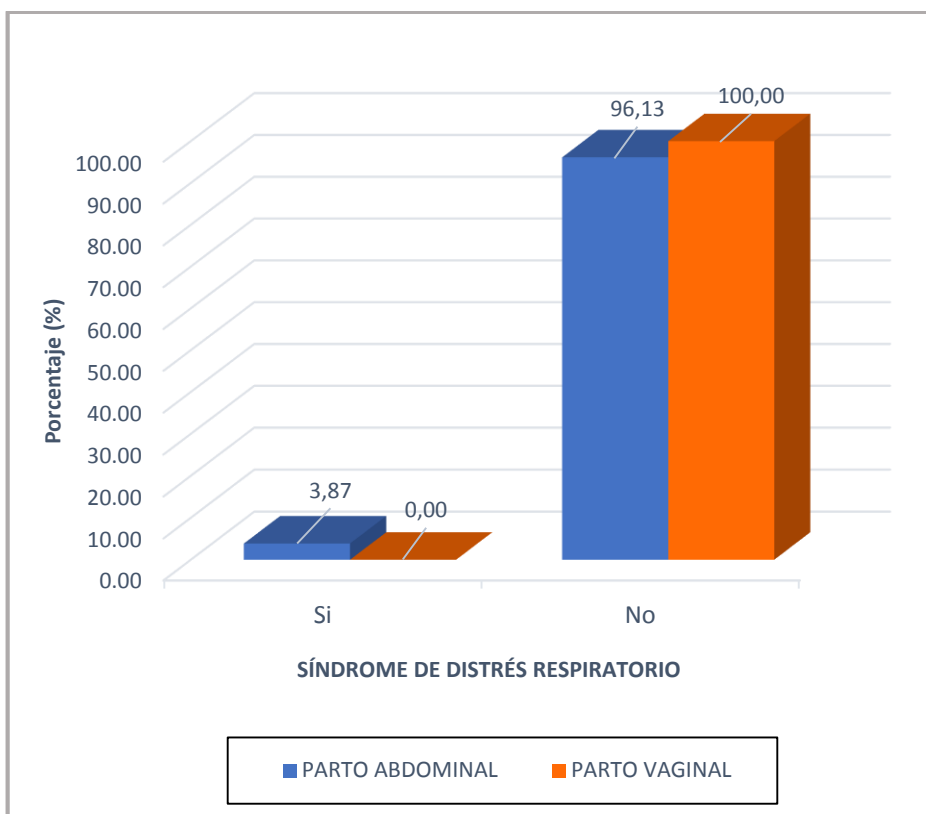
Los recién nacidos de parto abdominal el 96,13% no presentaron síndrome de distrés respiratorio, solo un 3,87% si lo presento.

Los recién nacidos de parto vaginal no se presentó ningún caso con síndrome de distrés respiratorio.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de distrés respiratorio con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 11**

**SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO  
DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -  
TACNA - 2016**



Fuente: TABLA Nº 11

Tabla No. 12

**REANIMACION RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES  
CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA -  
2016**

REANIMACION RESPIRATORIA	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
No	179	98,90	8	88,89	9,22	0,01
Mascarilla	1	0,55	1	11,11		
Entubación	1	0,55	0	0,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

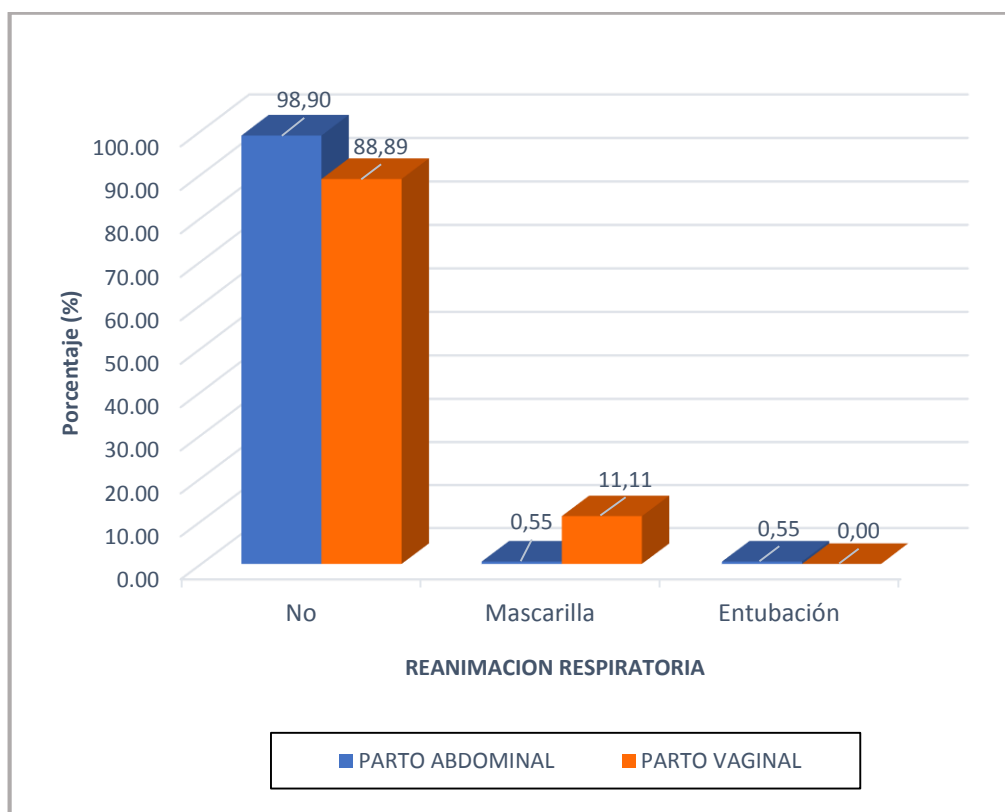
Los recién nacidos de parto abdominal que no necesitaron algún tipo de reanimación respiratoria fueron el 98,90%, mientras un 0,55% necesitó el uso de mascarillas y un 0,55% el uso de entubación.

Los recién nacidos de parto vaginal que no necesitaron algún tipo de reanimación respiratoria fueron el 88,89%, mientras un 11,11% necesitó el uso de mascarillas. No se presentaron casos con uso de entubación.

Comparando ambos grupos, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la reanimación respiratoria con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 12**

**REANIMACION RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N°12

Tabla No. 13

**SEPSIS NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**

SEPSIS NEONATAL	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	8	4,42	1	11,11	0,85	0,35
No	173	95,58	8	88,89		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

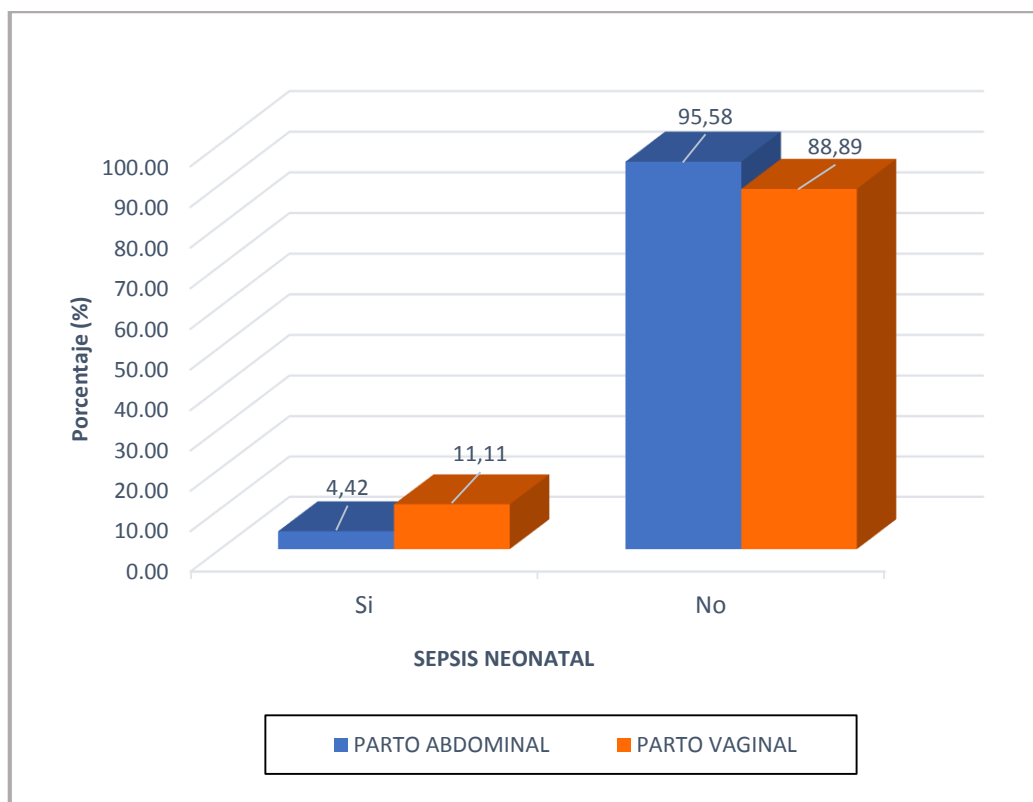
Los recién nacidos de parto abdominal un 95,58% no presentaron sepsis neonatal, y solo un 4,42% si presento sepsis neonatal.

Los recién nacidos de parto vaginal un 88,89% no presentaron sepsis neonatal y solo un 11,11% si lo presentó.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre sepsis neonatal con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 13**

**SEPSIS NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 13

Tabla No. 14

**ICTERICIA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**

ICTERICIA NEONATAL	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	8	4,42	1	11,11	0,85	0,35
No	173	95,58	8	88,89		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

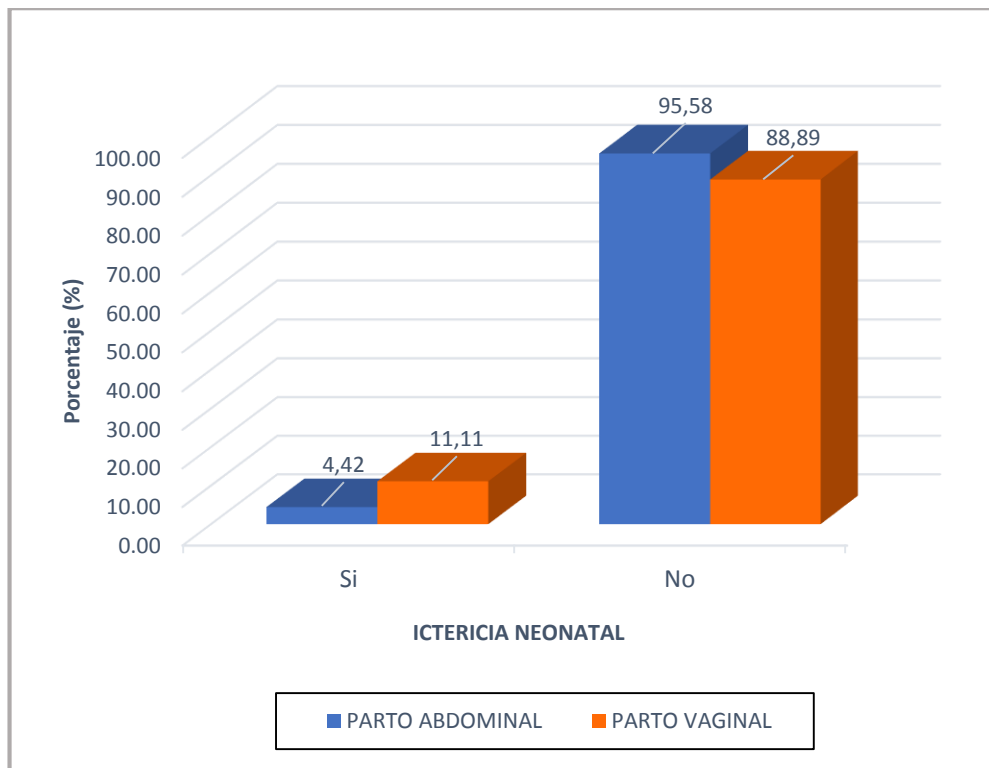
Los recién nacidos de parto abdominal que no presentaron ictericia neonatal fue 95,58% y solo un 4,42% si lo presentaron.

Los recién nacidos de parto vaginal no presentaron ictericia neonatal el 88,89% y solo un 11,11% si presentaron ictericia neonatal.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ictericia neonatal con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 14**

**ICTERICIA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES CON PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 14

Tabla No. 15

**INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UCIN DE MADRES CON  
PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**

INGRESO A UCIN	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	33	18,23	2	22,22	0,09	0,76
No	148	81,77	7	77,78		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

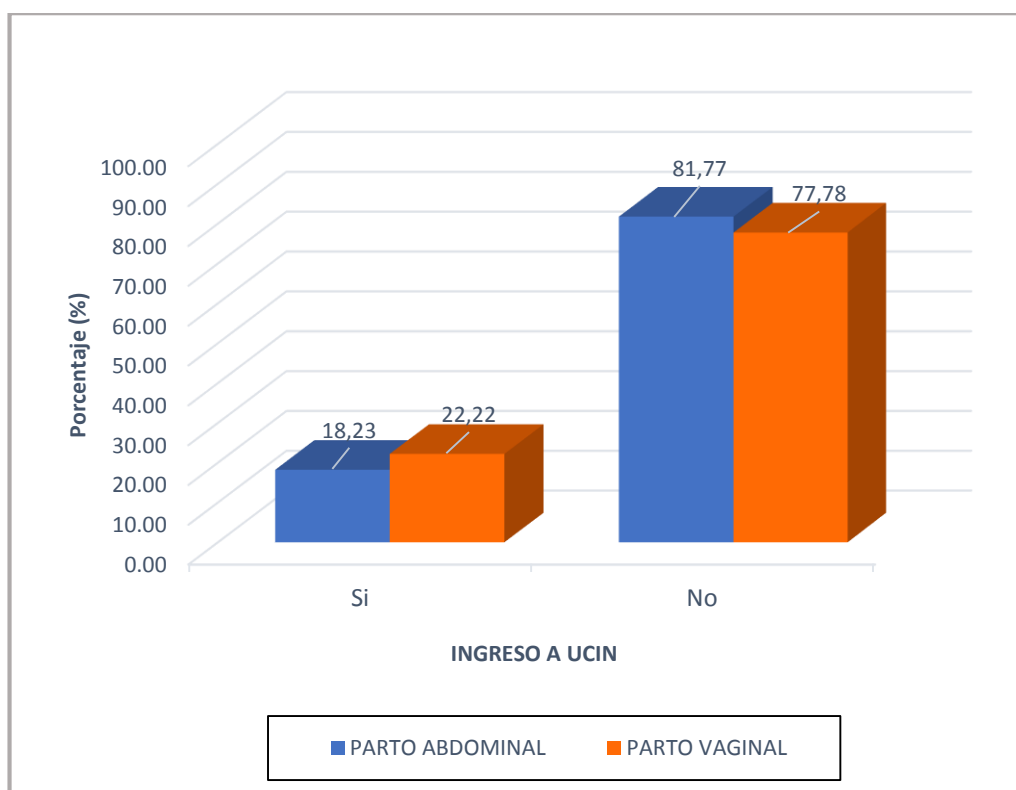
Los recién nacidos de parto abdominal que no ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) fue 81,77%, solo un 18,23% si ingresaron a UCIN.

Los recién nacidos de parto vaginal ingresados a UCIN fueron 22,22% y el 77,78% de los recién nacidos no ingresaron a UCIN.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 15**

**INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UCIN DE MADRES CON  
PREECLAMPSIA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**



Fuente: TABLA Nº 15

Tabla No. 16

**MUERTE NEONATAL DE MADRES CON PREECLAMPSIA -  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016**

MUERTE NEONATAL	PARTO ABDOMINAL		PARTO VAGINAL		Chi2	p
	No.	%	No.	%		
Si	6	3,31	0	0,00	0,31	0,57
No	175	96,69	9	100,00		
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el SIP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2016.

Interpretación:

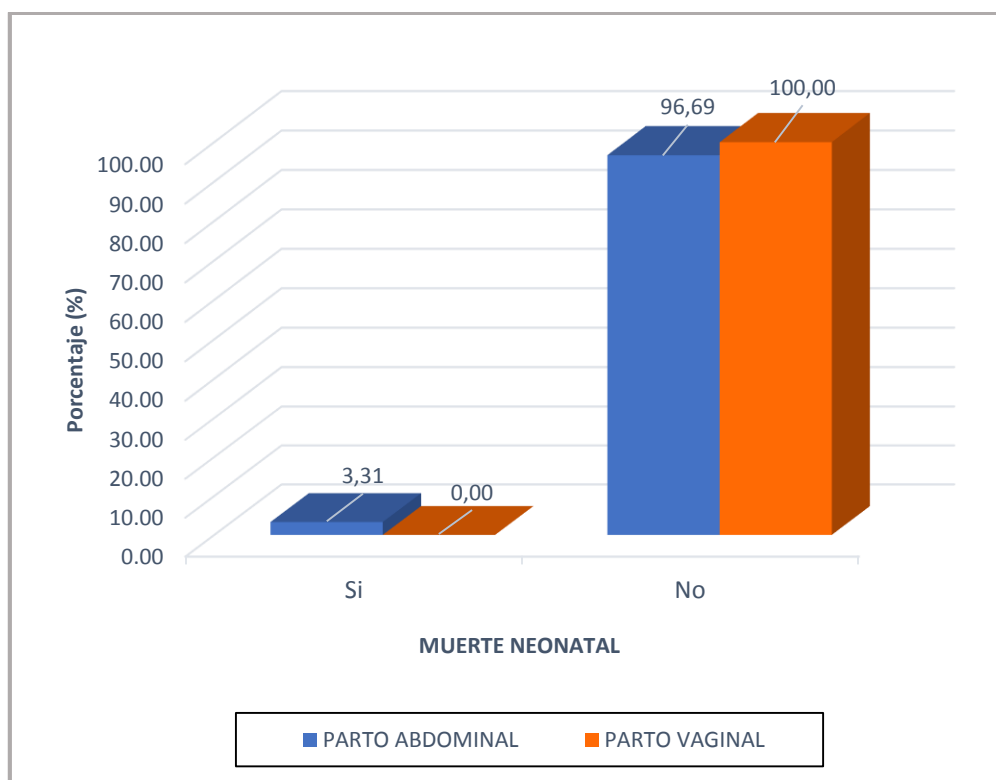
Los recién nacidos de parto abdominal que no tuvieron muerte neonatal fueron el 96,69%, mientras que los demás si tuvieron muerte neonatal con un 3,31%.

Los recién nacidos de parto vaginal no tuvieron muerte neonatal.

Comparando ambos grupos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la muerte neonatal con la vía de terminación del parto.

**Gráfico No. 16**

**MUERTE NEONATAL DE MADRES CON PREECLAMPSIA -  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA - 2016**



Fuente: TABLA N° 16

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

RESULTADO PERINATAL	ABDOMINAL %	VAGINAL %	VALOR p	INTERPRETACIÓN
RCIU	2,21	0	-	
Síndrome distrés respiratorio	3,87	0	-	
Sepsis Neonatal	4,42	11,11	0,35	No Asociación
Ictericia	4,42	11,11	0,35	No Asociación
Reanimación Neonatal	1,10	11,11	0,01	Asociación
Muerte Neonatal	3,31	0	-	

## DISCUSIÓN

La preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna y perinatal en el Perú, representa entre el 5 a 7% de todos los embarazos, en el Hospital Hipólito Unanue está representado por un 6% por lo cual se comprueba que la tasa a nivel nacional es equivalente los datos del Hospital regional de Tacna.

Hasta la fecha su causa es desconocida y por lo tanto su diagnóstico es tardío. En este estudio realizaremos el análisis de las repercusiones de esta enfermedad materna en el producto de la concepción tomando en cuenta la vía de terminación de la gestación en la Región Tacna, habiendo escogido el hospital Hipólito Unanue de Tacna como único establecimiento hospitalario del Ministerio de Salud de referencia y donde se atienden el 70% de todos los nacimientos de la Región.

Durante el año 2016 se presentaron 190 casos de preeclampsia de todas las madres que acudieron para atención de parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 46,84% cursaron con preeclampsia leve y 53,16%

con preeclampsia severa; asimismo 95,26% de las gestantes con preeclampsia terminaron su parto por vía abdominal y sólo el 4,74% por vía vaginal, siendo estos resultados similares a los encontrados en el estudio de Quispemayta, parto por cesárea en 93.5% y parto vaginal 6.5%; aunque los estudios no se realizan en la misma región se puede precisar que dichos resultados estén ligados a la mayor cantidad de preclampsias severas con un 46,8% y un 17,6% de preeclampsia leve.

Las madres con preeclampsia se caracterizaron por tener 63,16% de 20 a 34 años de edad y un 30% de 35 años a más, lo que es casi contradictorio con las Guías establecidas por el Ministerio de Salud como factor asociado que señala que pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años están más predispuestas a esta patología, con lo encontrado en mi estudio las mujeres en edad reproductiva están más relacionadas a desarrollar preeclampsia durante la gestación. Así mismo Caiza (12) en Ecuador encontró, que las madres con preeclampsia en su mayoría presentaron una edad comprendida entre 19 y 23 años.

El 57,37% tenían educación secundaria y 35,79% educación superior, 67,37% fueron convivientes y 16,84% solteras, 56,85% fueron multíparas o gran multíparas, 29,47% se realizó controles prenatales inadecuados y 15,79% no tuvieron control prenatal.

Caiza (12) en Ecuador encontró que el control prenatal era inadecuado 5,36%. En el Perú, Inchaustegui (15) en Loreto encontró que existe una relación significativa del control prenatal inadecuado como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia, los datos hallados en el estudio demuestran que este problema no solo sucede en zonas rurales de nuestro País no que también afecta a las zonas urbana y refleja un problema en que las mujeres no están conscientes que el control prenatal es importante para la prevención y detección precoz de las patologías que puedan afectar y poner en riesgo su salud y del recién nacido.

Los recién nacidos de madres con preeclampsia se caracterizaron por tener 55,79% de sexo masculino, 27,89% prematuros por test de Capurro, 22,63% de bajo peso, 7,37% con depresión al minuto de nacer, 2,63% depresión a

los 5 minutos de nacer, 2,11% presentaron RCIU, 3,68% SDR, 4,74% sepsis e ictericia, 18,42% ingresaron a UCIN y 3,16% falleció.

En este estudio se encontró que las madres con preeclampsia presentaron elevada frecuencia de recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer, semejantes resultados encontraron Saez (9) en Cuba, Ojeda (11) en Colombia, Caiza (12) en Ecuador y en el Perú Inchaustegui (15) en Loreto y Quispemayta (20) en Tacna.

Este resultado encontrado en nuestro estudio no confirma los datos encontrados en el Sub Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal del 2016, señalando que la proporción de mortalidad por bajo peso al nacer es de 69,31%, estas cifras se han modificado de manera negativa comparado al mismo periodo 2015. En Tacna se registran los pesos promedio más bajos a nivel nacional por lo que la proporción de mortalidad por bajo peso supera el 80%. (2) Con respecto a la prevalencia Tacna presentan alta prevalencia de nacimiento de niños prematuros en 37%.

En Tacna la mayor mortalidad neonatal se concentra en menores de 1000 gramos. Y según ENDES 2016 el peso se relaciona con la mortalidad fetal-

neonatal, el 43% corresponde a muerte con peso menor de 1500gr por causas asociadas a condiciones del embarazo.

Ojeda (11) en Cartagena Colombia, encontró 13% de distrés respiratorio, 10,4% RCIU y 20% ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, estas cifras fueron mayores a las presentadas en nuestro estudio. Caiza (33) en Ecuador encontró 1% de RCIU y 1% de muerte neonatal, cifras menores a nuestros resultados; en este estudio se encontraron casi la misma proporción de parto vía vaginal (54,83%) y parto vía abdominal (45,16%), que según la literatura indica que la vía de parto vaginal tiene más beneficios para el recién nacido; sin embargo encontró 15% dificultad respiratoria en recién nacidos de madres con preeclampsia, frecuencia muy por encima de las encontradas en nuestro estudio. Quispemayta (20) en encontró 6,5% de RCIU, 5,8% de Síndrome de Distrés Respiratorio en hijos de madres con preeclampsia, cifras ligeramente mayores a la nuestra.

Si comparamos los resultados perinatales en hijos de madres con preeclampsia tanto en parto terminado por vía abdominal o vaginal, encontramos que los niños que nacieron por vía abdominal presentaron

mayor depresión a los 5 minutos de nacer (2,76%), prematuridad (28,73% VS 11,11), bajo peso al nacer (23,76%), alto peso al nacer (17,13% VS 11,11%), retardo de crecimiento intrauterino (2,21%), síndrome de distrés respiratorio (3,87%) y muerte neonatal (3,31%). Mientras que los niños que nacieron por vía vaginal presentaron mayor depresión severa al minuto de nacer (11,11% VS 1,66%), reanimación respiratoria por mascarilla (11,11% VS 0,55%), sepsis neonatal (11,11% VS 4,42%), ictericia (11,11% VS 4,42%) e ingresaron a UCIN (22,22% VS 18,23%). Sólo se encontró que los recién nacidos de parto vaginal presentaron significativamente mayor reanimación por mascarilla, el resto no tuvo asociación significativa.

Beracaza (10) en Colombia encontró mayor frecuencia de parto pretérmino en parto por vía vaginal que en cesárea, así como mayor infección neonatal e ingreso a UCI en las cesáreas, lo que no coincide con nuestros resultados. De igual manera encontró igual muerte neonatal en ambos grupos, lo que tampoco coincide con nuestros resultados, habiéndose encontrado mayor muerte neonatal en nacidos por vía abdominal esto se debe a que en Tacna registran los promedios de edad gestacional más bajos a nivel nacional por lo que la proporción de mortalidad por prematuridad supera el 76% a

predominio de los prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestación) (ENDES 2015).

En el Perú, Salazar (14) en Trujillo encontró mayor ictericia en el grupo de cesárea que en vaginal, diferente a nuestros resultados. Pantoja (17) en Trujillo encontró depresión neonatal 13% en cesáreas y 10% en parto vaginal, sepsis neonatal 11% en cesáreas y 8% en parto vaginal, concluye que hay diferencia entre las complicaciones neonatales de la preeclampsia, lo que no coincide con nuestros hallazgos.

## CONCLUSIONES

PRIMERO: Durante el año 2016 se presentaron 190 casos de preeclampsia en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 46,84% cursaron con preeclampsia leve y 53,16% con preeclampsia severa. El 95,26% terminaron su parto por vía abdominal y sólo el 4,74% por vía vaginal.

SEGUNDO: Los resultados sociodemográficos de madres con preeclampsia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue fueron: el 63,16% de madres tienen entre 20 a 34 años, el 57,37% terminaron la secundaria, son convivientes un 67,37%, 52,11% fueron multíparas y el 54,74% tuvieron más de 6 controles prenatales.

TERCERO: Los resultados perinatales en parto por vía abdominal en gestantes con preeclampsia atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: 7,18% presentaron depresión leve o

severa al minuto de nacer, 2,76% continuaron con depresión a los 5 minutos de nacer, 28,73% fueron prematuros, 23,76% con bajo peso al nacer y 17,13% con alto peso, 2,21% presentaron retardo de crecimiento intrauterino, 4,42% sepsis e ictericia neonatal respectivamente, 3,87% síndrome de distress respiratorio, 1,1% se les realizó reanimación respiratoria por mascarilla o intubación, 18,23% ingresaron a UCIN, y fallecieron 3,31%.

CUARTO: Los resultados perinatales en parto por vía vaginal en gestantes con pre eclampsia atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: 11,11% de los recién nacidos presentaron sepsis neonatal, ictericia, prematuridad, peso al nacer de 4000 gramos a más, depresión severa al minuto de nacer y se le realizó reanimación respiratoria por mascarilla respectivamente, además 22,22% ingresaron a UCIN.

QUINTO: Comparando los resultados perinatales de la preeclampsia según vía de terminación de parto; se encontró, que los niños que nacieron por vía abdominal presentaron mayor depresión a los 5 minutos de nacer (2,76% VS 0%), prematuridad (28,73% VS 11,11), bajo peso al nacer (23,76% VS 0%), alto peso al nacer (17,13% VS 11,11%), retardo de crecimiento intrauterino (2,21% VS 0%), síndrome de distress respiratorio (3,87 VS 0%) y muerte neonatal (3,31% VS 0%). Mientras que los niños que nacieron por vía vaginal presentaron mayor depresión severa al minuto de nacer (11,11% VS 1,66%), reanimación respiratoria por mascarilla (11,11% VS 0,55%), sepsis neonatal (11,11% VS 4,42%), ictericia (11,11% VS 4,42%) e ingresaron a UCIN (22,22% VS 18,23%). Sólo se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de reanimación respiratoria, ya que los recién nacidos de parto vaginal presentaron significativamente mayor reanimación por mascarilla.

SEXTO: Se concluye que los recién nacidos de madres con preeclampsia cuyo parto terminó por vía abdominal, presentaron resultados perinatales deficientes, expresados en mayor morbilidad y mortalidad, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

SÉPTIMO: Se acepta la hipótesis H1 porque el tipo de parto de madres con preeclampsia atendidas en el HHUT influye en los resultados perinatales, presentando las gestantes con parto abdominal mayor frecuencia de RCIU, Síndrome de distrés Respiratorio y muerte neonatal, las gestantes con parto vaginal presentan mayor frecuencia de sepsis neonatal, ictericia y reanimación neonatal, presentando este último, asociación estadísticamente significativa.

## RECOMENDACIONES

1. Enfatizar el control prenatal adecuado, periódico, oportuno y precoz para contribuir a una detección, manejo e intervención oportuna de la preeclampsia y de esta manera evitar complicaciones y mayores riesgos con la progresión de la enfermedad que condiciona un elevado riesgo de morbilidad perinatal.
2. Promover la actualización de las guías de práctica clínica de atención obstétrica y vigilar su cumplimiento, en relación a la vía de terminación del parto en casos de preeclampsia.
3. Mantener una base de datos completa del sistema informático perinatal con el objetivo de poder realizar una investigación más precisa.
4. Tener en cuenta los resultados hallados en esta investigación como un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica para la Atención de emergencias Obstetricas según nivel de Capacidad Resolutivas. Ministerio de Salud. Primera ed. Lima; 2007. p. 54.
2. Boletín epidemiológico del Perú. Prevención y Control de enfermedades. 2017 Abril; volumen 26.
3. Liu L, Oza S, D. H. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications. The Lancet. 2017; 338.
4. Avila J. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal, Peru 2016. [Online]. [cited 2017 10 30 disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE012017/06neonatal.pdf> .
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. Semana Epidemiológica N° 31. Boletín epidemiológico del Perú. 2016 Julio - Agosto; volumen 25.
6. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesarea. Human Reproduction Programme. 2015.
7. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Ministerio de Salud. [Online].; Lima. 2017 [disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf)].

8. Guías de Práctica Clínica y Manual de Procedimientos en Obstetricia Hospital Hipólito Unanue Tacna; 2012.
9. Saez Cantero V. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012.
10. Beracaza Robledo A. Resultados perinatales según la vía de parto en preterminos en la clínica maternidad Rafael Calvo. Tesis para optar especialidad en Ginecología. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2015.
11. Ojeda Dancur W. Resultados perinatales en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena. [Grado para optar título de ginecoobstetra]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2011.
12. Caiza Mosquera S. Complicaciones Materno-fetales asociadas a la preeclampsia en pacientes atendidas en el hospital provincial de Riobamba. Tesis para optar título de médico. Universidad de Riobamba; 2010.
13. Ramon M, Llera A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Scielo. 2012 Mayo.
14. Salazar Cruzado O. Eficacia de parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales. [Tesis para optar grado de doctor de medicina]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo; 2010.
15. Inchaustegui Lozano N. Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital de Loreto de Enero a diciembre. Tesis para optar título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Loreto; 2014.

16. Quinto Flores C. Complicaciones y mortalidad neonatal de los embarazos culminados en cesarea en el instituto Nacional Materno Perinatal. [tesis para optar titulo de Licenciada de Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2013.
17. Pantoja Cabrera D. Eficacia del parto por cesarea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa segun complicaciones maternas y neonatales. [tesis para optar titulo de medico cirujano]. Peru: Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2016.
18. Cabeza Acha J. Factores de Riesgo para el desarrollo de preeclamsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana 2013. Tesis para optar Titulo de Licenciado en Obstetricia. ; 2014.
19. Mamani Peña B. Factores de Risgo Asociado al Parto Preetérmino en el Hospital Santa Rosa Puerto Maldonado, Enero 2013 - Diciembre 2014. Tesis para optar titulo de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann , Tacna.
20. Quispemayta Velo R. Complicaciones materno-fetales en gestantes con preeclampsia atendidas en el instituto Nacional Materno Perinatal - Ex Maternidad de Lima. Tesis para optar titulo profesional de Licenciada en Obstetricia. Peru: Universidad Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2015.
21. Suxo Chipana M. Incidencia y principales indicaciones de cesarea en el hospital III Daniel alcides Carrion de Essalud. Tesis para optar titulo de Licenciada en Obstetricia. Peru: Universidad Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2016.
22. Ramos Calani A. Complicaciones neonatales, madres adolescentesatendidas en el Hospital Hipolito unanue, Tacna 2011 - 2015. tesis para optener titulo de Licenciada en Obstetricia. Universidad Jorge Basadre Ghohmann, Tacna; 2017.

23. Schwarcz R. Obstetricia. sexta ed. Buenos Aires: El ateneo; 2005. pagina 301 - 303.
24. Granda V. La Mujer y el Proceso Reproductivo. 1st ed. Ltda. G, editor. Bogotá: Editorial; 2003.
25. Salud OMdl. OMS. [Online].; 2016 [cited 2017 06 23. Disponible en: "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>"
26. Schwarcz , Fesina , Duverges R. Obstetricia. 6th ed. Bueno aires: El Ateneo; 2008.
27. Williams CGH. Obstetricia. 2nd ed. Mexico: Mc Graw hill; 2006.
28. Schwarcz RL fRDC. Obstetricia. In. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. p. 702-709.
29. Lineamiento Tecnico. Cesárea Segura. [Online].; 2015 [cited 2017 06 25. disponible en: [HYPERLINK "http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf"](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf)
30. Hacker , Gambone , Jhoseph C. , Neville F. , Calvin J.. ginecologia y obstetricia de Hacker y Moore. 2011;; p. 226.
31. Salazar C. L. Parto Natural y sus Beneficios. Universidad de los Andes. Departamento de Ginecología. [Online].; 2016 [disponible en: [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/41727/6/parto\\_natural\\_beneficios.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/41727/6/parto_natural_beneficios.pdf)].
32. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición ed. Mexico: McGraw-Hill/InteramericanaEditores; 2008.
33. Caiza Mosquera S. Complicaciones materno fetales asociadas a la preeclamsia. [Tesis para optar grado medico general]. Riobamba:

Escuela Superior Politecnica de Chimborazo; 2010.

34. Villalon Flores A. Morbilidad Materna Perinatal y factores asociados a la pre eclamsia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima 2005. [Online].; 2007. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/229/1/villalon\\_am.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/229/1/villalon_am.pdf) .
35. Obstetricia Pre-eclamsia- eclamsia. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 03. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000600005&script=sci_arttext) .
36. Programa de prevencion dymdlpe. [Online].; 2011 [cited 23 06 2017. disponible en: <https://www.k4health.org/sites/default/files/PEE%20Tech%20brief%20v2%20SPA.pdf> .

# ANEXO

## ANEXO 1

### “ RESULTADOS PERINATALES DE MADRES CON PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PARTO - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA - 2016”

#### FICHA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**SEDE:** Hospital Hipólito Unanue

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas perinatales de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, cambiar o modificar datos.

Ficha N°

Historia clínica N° \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICA DE LA MADRE				
Edad (años):	1. <20	2. De 20 a 35	3.>35	
Grado de instrucción.	1. Analfabeta	2.Primaria	3. Secundaria	4.Superior/Técnico
Estado civil:	1. Soltera	2.Conviviente	3. Casada	
Edad gestacional (sem.):	1. <37sem.	2. 37 a 41 sem.	3. ≥42 sem.	
Paridad:	1. Nulípara	2- Primípara	3- Multípara	
Control prenatal:	1. Ninguno	2. Uno a cinco	3.Seis o más	
Tipo de parto:	1. Vaginal	2. Cesárea		
Tipo de preeclampsia:	1. Leve	2. Severa		
CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO				
Sexo:	1. Masculino	2. Femenino		
Peso:	1.< 1500 gr.	2. 1500 a 2499 gr.	3. 2500 a 3999 gr.	4. ≥ 4000 gr.
APGAR al minuto:	1. De 0-3	2. De 4-6	3. De 7 -10	
APGAR a los 5 minutos:	1. De 0-3	2. De 4-6	3.De 7 -10	
RCIU:	1. Si	2. No		
Hipoxia fetal	1. Si	2. No		
Reanimación Respiratoria	1. No	2. Mascarilla	3. Entubación	
Ictericia Neonatal:	1. Si	2. No		
SDR:	1. Si	2. No		
Sepsis Neonatal:	1. Si	2. No		
Ingreso a UCI:	1.SI	2. No		
Muerte Neonatal:	1.SI	2. No		

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “RESULTADOS PERINATALES DE MADRES CON PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PARTO – HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – TACNA - 2016”						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	METODO Y TECNICA DE LA INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO
¿Cuáles son los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto – Hospital Hipólito Unanue – 2016?	<p><b>GENERAL:</b> Determinar los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto – Hospital Hipólito Unanue - Tacna – 2016</p> <p><b>ESPECIFICOS:</b> -Identificar los resultados perinatales en parto por vía abdominal en gestantes con pre eclampsia atendidas en el HHUT.  -Identificar los resultados perinatales en parto por vía vaginal en gestantes con pre eclampsia atendida en el HHUT.  -Comparar los resultados perinatales según vía de término de gestación HHUT.</p>	<p><b>GENERAL:</b> Existe una diferencia significativa entre los resultados perinatales de madres con preeclampsia según tipo de parto – Hospital Hipólito Unanue - 2016</p>	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Tipo de parto</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Resultados perinatales</p>	<p><b>METODO:</b> No experimental, descriptivo, comparativo, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p><b>NIVEL:</b> Descriptivo</p> <p><b>DISEÑO:</b> Analítico de corte transversal.</p>	<p>Para la recolección de datos se utilizará una ficha recolección de dato, previamente elaborada.</p>	<p><b>POBLACION:</b> La población de estudio está constituida por todas las gestantes con pre eclampsia y sus respectivos productos.</p> <p><b>MUESTRA:</b> La población de estudio está constituida por todas las gestantes con pre eclampsia y RN</p>

